43

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 19 juillet 1906, à 1 heure

Par **Henri BLAIS**

Licencié ès-sciences

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Médaille d'argent des hôpitaux de Rouen 1898

Contribution à l'étude

DES

FORMES GRAVES DE L'APPENDICITE

CHEZ L'ENFANT

Président : M. GUYON, *professeur.*

Juges : MM. LE DENTU, *professeur.*
MARION et MORESTIN, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A M. LE DOCTEUR ET Mme PROFICHET

mes beau-frère et sœur

A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

MM. LES DOCTEURS PETITCLERC ET FRANÇOIS HUE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS
(*Externat* 1901-1905).

MM. LES PROFESSEURS RAYMOND et CORNIL

MM. LES PROFES. AGRÉGÉS LEGUEU, BONNAIRE ET THIÉRY

MM. les Docteurs BROCQ, DARIER, COMBY

A MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS TROISIER et THIÉRY

A M. LE DOCTEUR SICARD

MÉDECINS DU LYCÉE SAINT-LOUIS

(*Infirmerie du Lycée*, 1899-1906.)

A MES MAITRES ET AMIS DES LABORATOIRES

MM. LES DOCTEURS CATHELIN, ISELIN, MOTZ, ERTSBISCHOFF

(*Clinique des voies urinaires de l'hôpital Necker*)

MM. LES DOCTEURS SOTTAS, LENGLET, PAUTRIER et AYRIGNAC

(*Laboratoire de M. le Docteur* BROCQ. *Hôpital Saint-Louis*).

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RIEFFEL

Chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GUYON

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES VOIES URINAIRES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL NECKER
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MEMBRE DE L'INSTITUT
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Lorsque nous avons commencé à recueillir les documents nécessaires à ce travail, nous ne pensions pas qu'il paraîtrait à un moment où l'appendicite subit un regain d'actualité. A vrai dire, c'est là un sujet à discussions toujours pendantes et à peine s'est-on entendu sur quelque point que bientôt en surgit un autre, jusqu'au moment où tout paraissait réglé définitivement à nouveau la question réapparaît partiellement ou totalement, âprement défendue de chaque côté. Depuis le temps relativement récent où l'appendicite a été isolée, il n'est pour ainsi dire pas de question qui ait été aussi fréquemment, et aussi ardument débattue ; le puissant intérêt pratique qui s'y rattache nous explique que, comme la maladie elle-même, la discussion scientifique subisse des poussées aiguës au cours de son évolution chronique.

Le débat est, en effet, toujours ouvert malgré le nombre considérable de documents versés; c'est que l'affection si variable dans ses modalités cliniques, si différente suivant la tare pathologique antérieure du sujet,

si décevante à l'égard de la thérapeutique la plus rationnellement établie, que l'on ne saurait trop accumuler les faits et les interpréter aussi impartialement que possible.

C'est pourquoi nous avons accepté avec enthousiasme un sujet de thèse sur l'appendicite et nous ne saurions trop remercier M. le Dr Rieffel de son obligeance à nous avoir laissé puiser à loisir dans les observations de son service et nous avoir laissé toute latitude pour les interpréter ; cela nous sera d'autant plus aisé que nous avons observé nous-mêmes tous les malades (sauf deux ou trois) dont nous rapportons ici l'histoire clinique.

Dans le nombre considérable de malades atteints d'appendicite qui entrent à l'hôpital Trousseau, il nous a paru inutile, au moment où nous rédigions ce travail, de porter notre attention sur les formes bénignes de l'affection; il est vrai qu'à ce moment la question de leur réalité et surtout celle de leur rapport avec la typhlocolite muco-membraneuse n'avait pas encore été soulevée ; nous n'avons donc point d'opinion personnelle sur la question.

Plus intéressante nous avait paru l'étude des formes graves de l'appendicite chez l'enfant au double point de vue de leur expression clinique et de leur thérapeutique ; car leur gravité extraordinaire, jointe aux difficultés sans nombre de la conduite à tenir, nous avait dès le début particulièrement frappé.

Mais il nous faut tout d'abord définir ce que nous entendons par « formes graves de l'appendicite chez l'enfant ».

Nous plaçant au point de vue du chirurgien qui n'étant ni partisan absolu et systématique de l'intervention dans tous les cas à quelque moment qu'on les observe, ni abstentionniste absolu dans les mêmes conditions, mais qui se basant sur l'apparence clinique d'un malade déterminé et sur les résultats qu'il est en droit d'attendre d'une thérapeutique découlant de son expérience et variable avec le cas donné, nous plaçant donc au point de vue du chirurgien éclectique qui pense qu'il est des cas toujours graves à opérer de suite, des cas tantôt bénins, tantôt graves à ne pas toucher, nous définirons les formes graves de l'appendicite, non pas évidemment et seulement celles dont on meurt, ni même celles qu'on opère, mais encore celles où à un moment quelconque la question d'une intervention se trouve posée, qu'elle soit résolue ou non par l'affirmative. En un mot, pour nous, et indépendamment des cas évidents, la forme grave est celle où le chirurgien ne peut poser de façon ferme un pronostic. Faut-il opérer de suite? Faut-il attendre la fin de la crise? C'est que la réponse à ces questions est peut-être la plus difficile à trouver de la pathologie actuelle. Trop souvent le pronostic le plus rationnellement étayé ne tarde pas à être démenti, et parfois cruellement. Sans compter qu'il ne suffit pas de penser qu'avec l'expectation le malade sera perdu, mais il faudrait également chercher le bénéfice qu'il retirera de l'intervention; c'est là le point le plus délicat, le plus obscur, le plus sujet à surprises heureuses et malheureuses de la thérapeutique chirurgicale.

Sans parler des observations d'autres auteurs et que nous avons citées comme venant à l'appui de tel point de détail signalé dans le courant de notre mémoire, nous apportons ici une trentaine d'observations si obligeamment confiées à nous par M. Rieffel et qui toutes sont *inédites*. Sans doute, c'est là un chiffre relativement restreint ; mais plutôt que de colliger une grande quantité d'observations, dont un certain nombre auraient répondu à des malades incomplètement connus de nous, nous avons préféré rapporter des faits intégralement suivis et en quelque sorte « complètement vécus » par nous. Ces observations concernent les enfants du pavillon Verneuil de l'hôpital Trousseau, du 1er janvier au 1er mai 1906. Ces enfants ont été opérés soit à chaud au pavillon Verneuil, soit au pavillon Guérin lorsque la période aiguë était terminée. D'ailleurs, les malades aussi nombreux que nous avons vus avant cette date se rapportent assez bien dans leur ensemble à ceux de nos observations ; ils nous ont permis, avant de commencer ce travail, d'avoir quelque idée sur la façon dont se comporte l'appendicite chez l'enfant.

Nous avons cru cependant utile de baser la portion statistique et les données générales sur un nombre plus considérable de cas ; ils portent en effet sur une période de douze mois, du 1er mai 1905 au 1er mai 1906.

Nous pensons donc être suffisamment autorisé, grâce aux bons conseils qui nous ont été largement prodigués, à apporter notre modeste contribution à l'étude de l'appendicite chez l'enfant.

ÉTIOLOGIE

Il nous a paru intéressant de rechercher quels étaient les facteurs étiologiques que l'on pourrait incriminer dans la production des appendicites observées par nous à Trousseau, de déterminer les circonstances qui créent la gravité d'une appendicite et de comparer, dans la mesure du possible, les résultats obtenus avec ceux considérés comme classiques. Ce chapitre se trouve tout naturellement divisé en deux parties, à savoir :

A). — L'ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE DE L'APPENDICITE CHEZ L'ENFANT

B). — LES FACTEURS ÉTIOLOGIQUES DE GRAVITÉ

Nous chercherons à apporter notre contribution personnelle en étudiant, non seulement les cas dont nous publions les observations, mais aussi en nous basant sur tous ceux dont il nous a été donné de compulser l'observation dans le service.

A). — Étiologie générale de l'appendicite chez l'enfant.

Il est banal de répéter avec quelle fréquence l'appendicite sévit chez l'enfant ; c'est là un âge de prédilection. Cependant l'affection est loin de s'y répartir de façon égale. Les classiques insistent sur la proportion plus grande qui s'étend de 10 à 15 ans ; les cas soignés à Trousseau sont conformes à cette règle, mais avec un maximum de 9 à 13 ans. De 13 à 15 ans elle est un peu plus rare ; mais c'est là un fait qui ne correspond probablement pas à la réalité ; nombre d'enfants de cet âge sont soignés dans les hôpitaux d'adultes où leurs parents les font entrer par surprise pour peu qu'ils soient bien développés.

Au-dessous de 9 ans, la fréquence de l'appendicite décroît rapidement jusqu'à 5 ans ; nous avons eu cependant l'occasion d'en voir quelques-unes à cet âge.

De 5 à 2 ans, l'affection se fait de plus en plus rare, pour être exceptionnelle chez le nourrisson. On ne cite, en effet, que quelques observations à ce sujet. Balzer a rapporté, d'après Betz, une perforation de l'appendice chez un enfant de 7 mois et Tordeus (de Bruxelles) chez un enfant de 6 mois. Talamon cite une observation de Fenger concernant un enfant de 7 semaines (1).

Nous avons eu l'occasion à Trousseau d'en observer

1. Nous apprenons à l'instant que le Dr Pauchet d'Amiens vient d'opérer un enfant de 2 mois. Nous n'avons pas l'observation.

un cas l'année dernière chez une enfant de 2 ans; en voici l'observation inédite qui vient d'ailleurs confirmer la gravité particulière de l'appendicite à cet âge.

Observation I (*Résumée*). — C... Gabrielle, 2 ans, entrée le 18 juillet 1905, aussitôt son arrivée à Paris, vers 3 heures du soir. Elle vient du Mans. Les parents qui l'amènent racontent qu'elle est malade depuis cinq à six jours : début par des vomissements, par des plaintes et des cris répétés de l'enfant; pas de selles. Tout s'est aggravé depuis deux jours ; depuis ce temps elle se trouve, paraît-il, à peu près dans l'état où on la voit actuellement. Malgré le conseil du médecin, on ne se décide à la faire opérer que le matin même et on l'amène en droite ligne du Mans à Trousseau.

L'enfant présente les signes classiques d'une péritonite aiguë généralisée : pouls incomptable, facies plombé, demi-coma, dyspnée, ventre ballonné avec matité dans les flancs où il y a manifestement du pus.

Opération. — L'état est tel qu'on n'anesthésie point. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une quantité de pus assez épais et fétide. On aperçoit l'appendice très rouge, vivement congestionné. Sans s'attarder à son extirpation, on place rapidement deux drains et on fait le pansement. La petite malade meurt peu après.

Autopsie. — Par l'incision opératoire, on extrait l'appendice long, congestionné, présentant deux perforations : une minuscule près de la pointe de l'appendice, l'autre un peu plus grosse vers la partie médiane. Il y avait un verre de pus environ dans la cavité, quelques adhérences au niveau du cœcum et de la fin de l'iléon.

Étant donné la rareté de l'appendicite dans les premiers mois de la vie et l'absence de contrôle nécropsique, nous n'osons rapporter en toute sécurité le cas suivant

à l'appendicite ; aussi nous n'en donnons point l'observation. Il s'agit d'un enfant de 4 mois 1/2 venu dans le service en janvier 1906 pour un prolapsus total du rectum et qui, après la troisième séance hebdomadaire de raies de feu, s'est subitement mis à avoir des vomissements porracés et de la diarrhée ; le ventre est peu ballonné; submatité légère dans la fosse iliaque droite ; le pouls est très rapide avec mauvais facies. On songea alors à une appendicite, en éliminant l'occlusion intestinale à cause de la diarrhée, de la submatité, et aussi parce que la température commençait à s'élever depuis quelques jours. L'issue semblait fatale. La mère enleva l'enfant ; de telle sorte que nous ne pûmes vérifier par la nécropsie.

L'influence *saisonnière* nous a paru beaucoup plus nette qu'il n'est généralement indiqué ; nous avons assisté à une véritable épidémie d'appendicite. Pour ne prendre, par exemple, que la période du 1er janvier au 1er mai 1906, nous avons dressé le tableau suivant contenant les trente-trois appendicites, avec leur date d'entrée, soignées à Verneuil pendant ce temps et où le fait ressort avec évidence.

			— 5 *fév.*		— 2 *mars*		— 3 *avr.*
					— 4		3
			— 11		7		8
			— 14		10	*Avril*	8
			14		13	7 cas	8
		Février	— 18	*Mars*	— 15		— 10
		11 cas	18	12 cas	— 18		— 12
	16 janv.		— 20		19		
Janvier			— 20		21		
3 cas	— 23		— 22		30		
	— 25		23		31		
			— 26		31		

Nous y avons marqué les cas graves en italique. C'est en février que nous avons dû intervenir le plus souvent et dans des conditions souvent mauvaises comme le montreront les observations.

Dans la recherche des causes prédisposantes générales de l'affection chez nos malades, nous avons été frappé de ne voir survenir, contrairement à l'opinion courante, l'appendicite dans le cours ou la convalescence des maladies infectieuses. Un seul cas, celui de l'observation XX, peut être considéré comme faisant exception, la crise étant survenue quatre mois après une rougeole. Il est d'ailleurs à remarquer que pendant les quatre premiers mois de 1906, pas un enfant n'a été transféré des pavillons de contagion au pavillon de chirurgie. Tous ceux que nous avons reçus des services généraux de médecine y étaient entrés pour être surveillés au point de vue appendiculaire.

L'influence certaine des maladies infectieuses antérieures nous semble donc devoir se faire sentir surtout à distance; et à cet égard les différentes affections: rougeole, coqueluche, scarlatine, varicelle, etc..., nous ont paru être réparties proportionnellement à leur fréquence propre ; autrement dit il n'y a pas d'infection qui soit spécialement prédisposante à l'appendicite.

A ce propos, nous ferons remarquer qu'aucun des nombreux cas qu'il nous a été donné de voir ne peut être invoqué en faveur de la théorie de Gaucher ; et il est même tout à fait curieux de voir que la syphilis qu'on rencontre à chaque instant en pathologie, et en particulier en pathologie infantile, reste ici absolument muette.

L'observation XXIV discutée ne peut même venir à l'appui de cette théorie ; car si la mère a bien eu deux fausses couches et un enfant mort-né, en réalité l'enfant que nous avons soigné n'a pas eu moins de cinq maladies infectieuses.

Laissant donc de côté la syphilis, qui doit cependant intervenir d'une manière très générale par l'affaiblissement du terrain, nous devons nous demander comment agissent les autres maladies infectieuses dans cette action à distance. Leur influence nous paraît devoir se faire sentir de diverses façons. D'abord par les modifications humorales que l'infection la plus bénigne imprime à l'organisme, modifications qui persistent pour ainsi dire toujours et dont on a la preuve patente dans l'absence de nouvelles atteintes ultérieures. Il y a là un amoindrissement général des tissus qui n'est pas particulier à l'appendice et qui s'accentue encore si la maladie laisse après elle des complications. Ensuite et surtout par les troubles digestifs qui en résultent. Or toute altération du tube digestif peut reconnaître deux causes principales, la plupart du temps associées ; ce sont : 1° les troubles de motricité ; 2° les modifications de la muqueuse. Or si le premier facteur agit surtout en amenant la stase stercorale, si favorable au développement de l'appendicite, le deuxième facteur agit par des altérations non plus dynamiques, mais anatomiques de la muqueuse — minimes sans doute — mais qui logiquement portent également sur l'appendice. Enfin il faut ajouter que la structure particulière lymphoïde de l'ap-

pendice, la circulation spéciale (1) qui en résulte, ainsi que de sa situation anatomique, font qu'il est un point d'appel pour l'infection prête à entrer en scène à la moindre influence.

En résumé, les maladies infectieuses retentissent à longue échéance par un triple processus.

a). — Diminution de la résistance de l'organisme ;

b). — Diminution de la résistance du tube intestinal

c). — Diminution de la résistance de l'appendice.

Il va sans dire que la possibilité d'une appendicite comme complication d'une infection en cours est hors de doute ; les faits en sont même nombreux et leur pathogénie bien élucidée depuis les travaux de Jalaguier, Legendre, Brun, etc. Mais ici les phénomènes appendiculaires sont pour ainsi dire seuls existants et en quelque sorte primitifs. Que l'on considère l'appendice comme un point faible qui va être une proie facile aux germes, ou qu'on le regarde comme une amygdale intestinale point de renforcement du rempart lymphoïde du tube digestif (théorie très en faveur qui commence d'ailleurs à être battue en brèche), il n'est pas moins certain (Richelot) que les microbes virulents charriés par le courant sanguin envahiront l'appendice et détermineront sa réaction.

Dans cet aperçu étiologique nous n'avons point fait mention de la tuberculose que nous avons retrouvée

1. Fraenkel (Hambourg). Vascularisation de l'appendice cœcal. *Le Radium*, 15 oct. 1905, n° 10, p. 331 à 333.

comme toujours avec une grande fréquence dans les antécédents héréditaires ou personnels. Il est évident, qu'en dehors des appendicites tuberculeuses proprement dites, son rôle vient s'ajouter à celui des autres infections.

Hormis les cas ci-dessus signalés d'appendicite primitive au cours ou au décours des maladies infectieuses, les causes mentionnées ne peuvent agir qu'en favorisant l'action d'une perturbation locale déterminant le processus morbide. Et cette perturbation peut toujours être ramenée en dernière analyse à l'altération de la muqueuse intestinale propagée à la muqueuse appendiculaire. On conçoit difficilement comment cette dernière pourrait être épargnée, en particulier dans les deux grandes affections intestinales infantiles : constipation et entérite, spécialement entérite muco-membraneuse. Dans l'une et l'autre affection, et quelle que soit la part du trouble nervo-moteur, il est généralement admis que toujours la muqueuse est plus ou moins altérée. Or, ou bien cette altération porte d'emblée sur une grande étendue de la surface intestinale et il n'y a point de raison — au contraire — pour que l'appendice soit épargné ; ou bien elle est progressive et celui-ci ne peut y échapper de par ses connexions avec le cœcum. Car dans ce processus général qui frappe le tractus digestif, il est des points plus particulièrement prédisposés à être atteints au maximum : ce sont les régions de frottement et les régions déclives (Guinard), angles du côlon, anse sigmoïde, cœcum. En outre, si l'intestin tout entier obéit dans son ensemble à des influences générales, il n'est pas moins certain qu'il peut en fait

être divisé en segments caractérisés par leur physionomie anatomique et leur anatomie physiologique. Chaque segment autonome par ses propriétés propres atténue ou augmente le pouvoir des agents pathogènes.

Nous venons de signaler l'influence néfaste exercée sur ces agents pathogènes par les segments où les matières frottent et où elles stagnent. Que dire alors de l'appendice que l'on peut physiologiquement considérer comme le point le plus déclive de tout l'intestin, qui anatomiquement et embryologiquement se présente comme un organe fœtal, à circulation ralentie, véritable souricière où le contenu intestinal, microbes compris, entrera facilement pour n'en sortir qu'avec les plus grandes peines. Et ne peut-on pas trouver, avec Reclus (1) que « ce cæcum de cæcum, ce diverticule de diverticule, ce cul-de-sac de cul-de-sac » se comporte comme un « organe dé-astreux spécialement créé pour **exalter la virulence des germes.** »

Aussi voyons-nous signaler à chaque instant la constipation chronique dans les antécédents de nos petits malades ; la fréquence moins grande de l'entérite muco-membraneuse dans l'enfance nous y explique sa rareté relative. Par contre, nous devons dire que nous nous expliquons difficilement la rareté de l'appendicite chez le nourrisson ; étant données la fréquence de la gastro-entérite infantile, et l'intensité des phénomènes qu'elle détermine, on comprend mal pourquoi l'appen-

1. Nous du *Traité de Chirurgie*, article de Lannelongue. Tome VI, page 641.

dice ne réagit pas de façon plus bruyante. Il y a là un point intéressant à élucider ; le temps nous a manqué pour pouvoir le faire avec fruit.

Parmi les autres facteurs locaux qui favorisent le développement de l'appendicite, nous ne retiendrons que les deux suivants que nous avons seuls rencontrés dans nos cas : le traumatisme et les corps étrangers vivants (1).

Dans l'observation XXIV, déjà citée, et où semblent s'être données rendez-vous toutes les causes possibles de l'appendicite, nous voyons qu'au cours du refroidissement l'enfant rendit par l'anus un ascaris lombricoïde. Bien que nous ne pouvions pas en apporter une preuve évidente, l'enfant n'ayant été opéré que beaucoup plus tard, nous restons convaincus que ce fut là la cause déterminante de la crise. Depuis que Metchnikoff (1901) eut attiré l'attention sur le rôle des corps étrangers vivants, tout en généralisant beaucoup trop, assez nombreux furent les cas où l'on trouva, soit dans les selles, soit dans le contenu du cœcum et de l'appendice, des oxyures ou des vers microscopiques. Plus rares sont les faits de vers volumineux (Triboulet, Fajou). Veau rapporte deux cas d'appendicite provoqués par des ascarides, trouvés au cours de l'opération, dans des abcès, l'un vivant, l'autre mort. Dupré prétend qu'ils agissent comme des corps étrangers en conduisant les microbes dans l'appendice ; peut-être le

1. Ragaine, Appendicite vermineuse. *Th. Paris*, 1905.

liquide qu'ils secrètent altère-t-il la paroi intestinale (Veau).

En ce qui concerne les traumatismes, il faut distinguer les traumatismes directs et les traumatismes indirects. Il n'est pas difficile de comprendre comment agissent les coups de poing, coups de pied dans le ventre. Beaussenat (1), en traumatisant l'appendice, après injections de bacilles, a bien montré, comme l'avait fait Max Schuller pour la tuberculose articulaire, la diminution de résistance locale qui en résultait et permettait la pullulation des germes. Mais tels ne sont point les faits que nous avons rencontrés et bien souvent — bien que le cas ne soit pas expressément mentionné dans toutes nos observations — c'est à la suite d'une course précipitée, ou en jouant à l'école que nos petits malades ont vu éclater leur crise appendiculaire. La contraction du psoas (Robinson) paraît avoir en l'espèce une certaine influence, non absolument démontrée.

B). — **Facteurs étiologiques de gravité.**

Il en est de toute évidence ; bien que ce soient les plus importants, nous ne nous y attarderons pas, car ce n'est que l'exagération des deux facteurs pathogéniques étudiés plus haut et qu'on peut résumer en deux mots : terrain affaibli, infection virulente. Mais si quit-

1. Beaussenat. Appendicites expérimentales. *Soc. anatom.*, 5 fév. 1897, *Th. de Paris*, 28 avril 1897.

tant le terrain de la pathologie générale, nous cherchons à analyser les éléments qui, somme toute, les constituent, nous arrivons aux constatations suivantes :

Comme toujours, la notion de *fréquence* domine toute l'étiologie. Du 1er janvier 1906 au 1er mai sont entrées à Verneuil, opérées immédiatement (1), ou refroidies, 33 appendicites ; à Guérin ont été reçues directement 7 appendicites. Soit un total de 40 cas. Sur ces 40, nous considérons comme graves : 1° 17 cas opérés immédiatement, 2° 4 cas refroidis ; au total 21, c'est-à-dire que plus de 50 0/0 d'appendicites chez l'enfant sont graves, et souvent quelle gravité !

Cette proportion est à peu près constante, puisque du 1er août au 1er janvier 1906 ont été reçues 39 appendicites se décomposant comme suit :

Décédé dès son arrivée, sans opération. .	1
Opérées	18
Refroidies	20

(De ce tableau sont éliminés quatre cas légers considérés comme douteux). Soit encore 50 0/0 environ, proportion qui serait certainement égale à la première si nous pouvions, comme tout à l'heure, ajouter les cas non opérés, bien que graves, mais que nous n'avons pas recherchés pour cette période.

Quels sont donc les éléments de cette gravité ? Il est un fait certain que nous avions déjà entrevu à propos de l'étiologie générale de l'appendicite chez l'enfant, mais

1. Opérées immédiatement ou dans les deux ou trois jours qui ont suivi l'entrée.

que nous retrouvons beaucoup plus accusé ici encore : c'est l'influence saisonnière. Cette influence se fait donc sentir sur le nombre en même temps que sur leur gravité. Un seul coup d'œil sur le tableau dressé plus haut nous montre, en ne tenant compte que des cas opérés, que ceux-ci sur un total de dix-sept, comptent pour huit en février c'est-à-dire près de la moitié, tandis qu'en mars ils ne sont que de quatre, en avril trois et deux en janvier. Nous n'insisterons pas davantage sur la répartition par mois; le tableau indiqué est très démonstratif à cet égard.

Beaucoup plus instructif d'ailleurs est le rapport de gravité établi par mois d'après le nombre d'opérés.

En janvier : 3 appendicites, 2 opérées, soit 67 0/0 environ.

En février :	11	—	8	—	72 0/0 —
En mars :	12	—	4	—	33 0/0 —
En avril :	7	—	3	—	45 0/0 —

Donc pendant les deux premiers mois de l'année, abstraction faite du nombre total d'appendicites, la gravité reste à peu près la même et est deux fois plus fréquente que dans les deux mois suivants.

A quoi tient cette gravité saisonnière? On a mis en avant le régime, le froid, la grippe; à tous ces éléments qui contiennent une part de gravité, il nous semble rationnel d'en ajouter un beaucoup plus vraisemblable, tout au moins à l'hôpital : c'est l'état de misère qu'entraîne la saison hivernale; les privations et les souffrances que celle-ci impose ne sont pas précisément faites pour relever les moyens de défense de l'organisme vis-à-vis de l'infection.

L'intégrité antérieure de l'appendice et du péritoine nous semble avoir également une certaine influence; il suffit de parcourir nos observations pour voir que la plupart de nos malades en étaient à leur première crise; et que ceux qui avaient eu des crises antérieures ont fait des formes de localisation. Il n'y a rien là qui doive nous étonner, et cela pour deux raisons. D'abord, il est naturel qu'une affection un peu virulente de l'appendice lèse celui-ci avant que le péritoine ait eu le temps d'organiser sa défense. En second lieu, les enfants ayant eu des crises antérieures ont eu généralement des crises assez légères pour n'avoir point entraîné la conversion de la famille vers l'intervention chirurgicale ; or, ces mêmes crises légères ont permis à l'appendice et au péritoine de s'organiser; vienne une crise plus grave, elle se trouve localisée. Nous aurons bientôt l'occasion de voir combien ce mécanisme, vrai en théorie et au début de la crise, ne tarde pas à être mis en défaut dès l'entrée en scène de la toxi-infection.

C'est qu'en effet il n'est pas rare que rapidement ou tardivement une crise d'apparence bénigne, ne prenne tout à coup une allure suraiguë; l'observation XII entre autres est typique à cet égard, l'état du jeune malade s'étant brusquement aggravé après une semaine d'un refroidissement du meilleur augure. Ce sont bien là les fameuses « accalmies traîtresses » qui surviennent au cours du traitement le mieux dirigé, le plus strict, le plus exactement suivi. Que dire alors des déboires auxquels vont nous exposer les écarts de régime, d'hygiène, la suppression intempestive de la glace, sans parler des

purgatifs, lavements, etc., que l'on impose aux malades. Et vraiment dans bien des cas, l'on dirait que l'on a tout mis en œuvre pour empêcher le repos de l'intestin, du péritoine et du malade, pour faciliter la pullulation des germes, la dissémination des toxines, l'exaltation de la virulence, pour amoindrir le terrain, en un mot, pour multiplier les facteurs de gravité.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous serons très bref sur ce chapitre si bien fait dans les manuels classiques (1); nous nous contenterons d'énumérer les lésions trouvées dans nos appendicites opérées, et seulement au point de vue macroscopique.

A. — Lésions de l'appendice.

Il suffit de se reporter aux observations pour arriver aux constatations suivantes :

1° *Il n'y a pas de rapport constant entre la lésion anatomique et son expression clinique. Cependant, en thèse générale, les formes graves sont liées à des lésions destructives de l'appendice; mais la réciproque n'est pas vraie.*

Cet énoncé n'a plus besoin de preuves actuellement;

1. Jalaguier. *Traité de Chirurgie* (Duplay et Reclus), t. VI, page 604.

Brun et Veau. *Traité des maladies de l'enfance*, tome 5, page 420.

n'est-ce pas sur lui que se basent les interventionnistes à chaud ? Mais il importe de bien préciser les termes du problème. Ce que tout le monde redoute surtout, et c'est bien là que se trouve la grande inconnue de l'appendicite, c'est la bénignité clinique trompeuse, coïncidant avec des lésions graves de l'organe. Les exemples abondent depuis qu'ils ont été signalés par Dieulafoy, moins fréquemment peut-être chez l'enfant qui, là comme ailleurs, possède une tendance réactionnelle exagérée vis-à-vis d'une infection même minime. Néanmoins nous avons eu l'occasion d'observer un certain nombre de faits semblables; et nous citerons l'observation suivante très résumée comme type d'une symptomatologie bénigne vis-à-vis de lésions graves.

Observation II (*Résumée*). — B..., Raymond, 9 ans 1/2. La crise d'appendicite débute le 4 mars 1906. Entre à l'hôpital le 7 mars. On constate de la douleur localisée, un bon état général, presque pas de température (37°6) ; le pouls est à 104, plein, régulier. En somme les apparences de la crise appendiculaire bénigne.

Traitement : glace, diète.

Après un mois de refroidissement, le malade est passé à Guérin où on l'opère. On trouve un appendice rétro-cœcal adhérent. En l'extirpant, on ramène gros comme une noisette de pus fétide. L'appendice enlevé présente un calcul et est perforé immédiatement au-dessus de ce dernier. Le malade guéri sort vingt jours après l'intervention.

Donc on ne sait jamais l'état réel d'un appendice, même sous une paroi non contracturée et avec les

apparences d'un état général excellent. Même des lésions anatomiques semblables s'accompagnent de syndromes cliniques très différents. Dans le cas précédent, supposons un peu moins de réaction péri-appendiculaire, un peu plus de virulence microbienne, un organisme un peu moins résistant, et nous avons réalisé un des nombreux cas où les lésions appendiculaires prennent une gravité exceptionnelle.

Inversement, mais c'est là une chose beaucoup plus rare, la réaction appendiculaire, et surtout la réaction péritonéale, peuvent être considérables alors que l'appendice est peu touché : tels les cas d'entéro-colite avec poussées aiguës fébriles, alors que les lésions appendiculaires sont très légères, si légères parfois que nous avons vu récemment le professeur Dieulafoy les nier d'une manière générale; tels aussi les cas de points appendiculaires au début d'affections pulmonaires; tels surtout les simples crises appendiculaires avec péritonisme.

Mais, règle générale, aux expressions cliniques graves correspondent, tout au moins chez l'enfant, des lésions anatomiques graves. Il suffit de jeter un coup d'œil sur l'état de l'appendice consigné dans nos observations pour voir que dans tous les cas il présente des lésions des plus sérieuses. Sauf une seule exception (Observation XVI), toujours il s'agissait de lésions destructives ; et par là nous entendons la perforation et la gangrène.

2° *Les lésions destructives de l'appendice sont la per-*

foration et la gangrène ; mais chez l'enfant, la gangrène est de beaucoup la plus fréquente.

Si, dans nos observations, nous comptons les cas où l'appendice fut enlevé et examiné (les cas où l'appendice aperçu gangrené ne put être extirpé sont éliminés, la perforation échappant facilement dans ces conditions) nous trouvons :

Gangrène seule	5 fois
Gangrène et perforation .	4 »
Perforation seule . . .	1 »

La perforation est donc rare. Il ne faut pas cependant regarder ces chiffres comme strictement exacts ; nous pourrions citer l'enfant de deux ans (Observation I) comme ayant présenté lui aussi uniquement des perforations. Il n'en résulte pas moins que la perforation est de beaucoup moins fréquente que la gangrène seule ou associée à la perforation. Ces deux derniers cas s'équilibrent à peu près avec une légère prédominance en faveur de la gangrène isolée.

Il serait surtout intéressant de pouvoir mettre en parallèle ces résultats avec ceux des formes graves refroidies. Sans avoir d'opinion ferme à ce sujet, il nous paraît qu'on y rencontre, en cas d'existence de lésions destructives, plus souvent la perforation que le reliquat de la gangrène (étranglement, section, sclérose partielle). Sans doute nous devons en rechercher la raison dans ce fait que les formes à sphacèle étendu déterminent moins fréquemment la défense locale et

d'hypertoxicité générale ; la crise devient plus grave et partant plus fréquemment opérée immédiatement.

Abstraction faite de cette question de toxicité, le mécanisme des lésions destructives de l'appendice est bien connu depuis que Quénu (1) et Letulle (2) ont montré que leur point de départ était la folliculite ulcéreuse aboutissant, ici à la perforation quand le processus était localisé, là à la gangrène quand la nécrose était ulcérative. Ainsi s'expliquent la coexistence fréquente des deux lésions. D'ailleurs tous les intermédiaires peuvent se voir depuis l'habituelle perforation lenticulaire, à l'emporte-pièce, jusqu'au sphacèle étendu, en passant par la perte de substance, déchiquetée, irrégulière, plus ou moins grande. Mais entre les deux, il y a cependant une différence : l'une est surtout une lésion en profondeur, l'autre a une tendance à s'établir en surface ; c'est là sans aucun doute une question d'oblitérations vasculaires. D'ailleurs on peut les voir côte à côte ; ou au contraire la perforation peut surgir en plein tissu sphacélé (Observation XIV). Cette observation est en outre remarquable en ce qu'elle nous montre la marche de dehors en dedans de la perforation ; extérieurement toutes les tuniques étaient perforées ; à la coupe la muqueuse seule apparut épargnée.

Ces phénomènes de destruction se passent en n'importe quel point de l'appendice ; néanmoinsla base de l'organe est le plus souvent indemme. Et dans nos obser-

1. Quénu. Voir la Bibliographie.
2. Letulle. *Compte-rendu de l'Académie de médecine*, 1906.

vations, nous voyons le plus souvent la partie périphérique, plus rarement la partie moyenne, atteinte. L'observation XIV nous montre encore que l'appendice pouvait être divisé en deux moitiés égales, séparées du côté de la muqueuse par une ligne absolument nette, régulièrement vasculaire ; la moitié phériphérique était sphacélée, l'autre centrale simplement congestive.

La perforation et la gangrène s'accompagnent toujours d'une congestion marquée, signature du processus initial, portant sur le reste de l'organe. Aussitôt découvert, l'appendice apparaît gros, rouge, turpide ; mais si on l'examine une fois l'opération terminée, on est tout surpris de le voir rapetissé et mou.

Le processus destructeur prend donc son origine dans la stase nécessitée par l'hyperactivité de l'appareil lymphoïde et l'émigration des leucocytes ; la nécrose survient ensuite avec la suppression fonctionnelle du réseau vasculaire. Il ne faut pas chercher de relations absolues avec le siège du calcul ; car s'il est vrai que perforation et gangrène sont quelquefois, assez souvent même, en rapport avec les concrétions calculeuses, comme on peut le voir dans quelques-uns de nos cas, elles peuvent d'autres fois en être complètement indépendantes.

Le peu d'importance des facteurs mécaniques se trouve, d'ailleurs, surabondamment prouvé par ce fait que les calculs peuvent être absents. C'est, d'ailleurs, ce que l'on voit le plus fréquemment chez l'enfant. Dans toutes nos observations, nous ne les trouvons que quatre fois.

B. — Lésions extra-appendiculaires.

Celles-ci comprennent des lésions péritonéo-intestinales et des lésions à distance.

1° Lésions péritonéo-intestinales. — Nous y trouvons un des plus beaux exemples de défense de l'organisme. Chacune de nos observations montre un type de ce processus bien connu. De l'abcès enkysté, contenant l'appendice malade et limité par des adhérences à la paroi, au cæcum et aux anses, à la péritonite septique diffuse sans autre réaction qu'un peu de liquide fétide de la part du péritoine syncopé, nous trouvons toutes les transitions. Congestion, exsudation, organisation, tels sont les trois stades qui résument l'inflammation de toute séreuse et que nous retrouvons ici.

α). — Congestion des anses et exsudation de liquide louche en quantité minime.

β). — Exsudation de liquide franc, avec organisation primitive minimum, c'est-à-dire agglutination légère entre le cæcum et les anses, et aussi quelquefois avec organisation secondaire (péritonite à foyers multiples).

γ). — Organisation péri-appendiculaire d'emblée emprisonnant l'exsudat, le modelant en quelque sorte dans la région péri-cæcale. A la formation de cette barrière prennent part : les anses intestinales, le cæcum qui s'agglutinent et adhérent : le péritoine pariétal qui sert de support aux traînées fibrineuses de l'exsudat et en favorise la formation ; enfin, et surtout, l'épiploon. Cet organe,

toujours en éveil, est celui sur lequel on tombe toujours à quelque moment qu'on opère : épaissi, infiltré, congestionné, il se porte vers la région appendiculaire, s'applique sur l'appendice dès le début de l'infection, cherchant dès ce moment à la localiser ; ultérieurement il limite l'exsudat, le modèle et réunit entre elles toutes les parois de l'abcès.

Nous avons un bel exemple de ce travail anatomique, et en particulier du rôle de l'épiploon, dans l'observation XXVIII. Le péritoine et les anses touchés par l'hypertoxicité de la perforation et de la gangrène n'avaient presque pas réagi ; seul l'épiploon, avançant à la façon d'un tablier au-devant du cæcum et des anses adjacentes, cherchait à limiter un peu de pus dont la formation avait eu le temps de se faire malgré les lésions de l'appendice, celui-ci étant rétro-cæcal et en quelque sorte isolé d'emblée.

2° Lésions a distance. — Ce sont celles qui portent d'abord et en premier lieu sur le foie, puis sur la plèvre, le rein et d'une manière générale sur tout l'organisme qui est imprégné des toxines élaborées au niveau de l'appendice. Devant retrouver ces lésions ultérieurement nous n'en parlerons pas pour le moment.

ÉTUDE CLINIQUE

Il semblerait qu'il n'y ait rien à dire à ce sujet, tant il a été étudié, fouillé, remanié, au fur et à mesure que la clinique, aidée par les résultats opératoires et anatomiques, par les travaux de laboratoire, se précisait et cherchait à dégager de l'expression clinique une formule thérapeutique. Or plus on étudie l'appendicite, plus on se rend compte que chez l'enfant en particulier, il y a autant de formes que de malades (Dieulafoy) (1). Et si nous cherchons à faire rentrer nos appendicites dans la classification que nous allons donner, nous devons à la vérité de dire que c'est plutôt par nécessité de description ; qu'en réalité entre les différentes formes existent de nombreux types de transition, qu'il en est enfin un grand nombre que l'on ne peut classifier que sur leur syndrome majeur. Au moment où nous avons commencé à suivre les appendicites de l'hôpital Trousseau, les cas observés nous semblaient devoir rentrer assez

1. Dieulafoy. *Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu.*

facilement dans un cadre, cadre que nous avons maintenu ultérieurement, parce que, quoique artificiel, il nous a paru répondre le mieux à la majorité des faits suivis par nous. Nous nous empressons cependant d'ajouter que souvent nous avons été déroutés pour ranger tel cas dans une forme ou dans l'autre.

Il y a plusieurs manières de classifier les formes cliniques de l'appendicite.

A. — Cette première manière est basée sur l'anatomie pathologique et qui, si elle était facilement reconstituable en face d'un cas donné, serait la meilleure puisque, préjugeant des lésions, elle déterminerait et réglementerait l'acte opératoire. Elle comprendrait les formes suivantes :

1° Abcès enkysté (auquel il faudrait ajouter la péritonite à formes multiples).

2° Péritonite généralisée qui comporte :

a) *Par rapport à l'appendice*, trois variétés : perforante, gangréneuse, congestive simple ou avec abcès pariétal.

b) *Par rapport au péritoine*, deux variétés : péritonité purulente, péritonite putride.

Or toutes ces variétés s'embriquent les unes dans les autres *par leur évolution* (ouverture secondaire d'un abcès enkysté, péritonite généralisée, transformation d'une péritonite généralisée en péritonite à foyers multiples) *par l'apparition d'une complication* (phénomènes d'intoxication), par la multiplicité même des lésions anatomiques actuelles (voir à ce sujet l'observation II).

B. — On peut aussi essayer de les classer suivant

leur évolution (nous ne parlons toujours que des formes graves). On aurait ainsi :

1° *Des appendicites guérissables :* par intervention, sans intervention, avec ou sans complications.

2° *Des appendicites non guérissables* qu'on pourrait diviser en :

a. — Suraiguës ou foudroyantes : 24 heures, 36 heures, 48 heures ;

b. — Aiguës : simples, devenant foudroyantes à un moment donné;

c. — Aiguës ou subaiguës avec accalmies traîtresses ;

d. — Chronique avec poussées aiguës;

Cette classification est la meilleure; mais elle a un défaut; elle ne peut s'appliquer au malade qu'une fois la crise terminée, soit par la guérison, soit par la mort. En face d'un malade, elle ne comporte aucune indication sur la conduite à tenir au moment précis où il faut prendre uue détermination. Car l'évolution, alors même que l'œil aurait pu entrer dans la fosse iliaque reconnaître les lésions, alors même que le bilan du malade aurait été le plus strictement établi, l'évolution se charge de donner les démentis les plus formels aux pronostics les mieux raisonnés.

C. — La division la plus couramment adoptée tient compte des deux précédentes : à la première elle emprunte l'état anatomique; elle se rapproche de la deuxième en préjugeant, mais dans des cas évidents, de l'évolution. Et l'on a ainsi :

1° L'appendicite avec péritonite localisée péri-appendiculaire;

2° L'appendicite avec péritonite purulente généralisée aiguë;

3° L'appendicite avec péritonite généralisée septique, toxi-infectieuse.

Cette classification très large est excellente parce que aussi très élastique. Elle convient en outre admirablement à une description théorique. C'est à elle que somme toute nous nous arrêterons en la modifiant quelque peu, c'est-à-dire en tenant compte de la toxicité.

D. — Les facteurs accessoires, étiologie et pathogénie, ne peuvent être d'aucune utilité.

Inutile également une classification basée sur le siège de l'appendice ou de l'abcès. Nous aurons cependant à utiliser cette donnée parce que le siège de l'appendice rétro-cœcal, pelvien, peut imprimer à l'allure bénigne des modifications importantes.

E. — Nous avons déjà eu l'occasion d'insister, et nous l'aurons encore, sur la toxicité de certaines appendicites ; à tel point que, pour nous, c'est le facteur qui, largement compris, détermine l'état anatomique du péritoine, marque son empreinte sur tout l'organisme et, enfin de compte, règle le pronostic.

Tout en reconnaissant que toute appendicite est plus ou moins toxique, il est des cas cependant où cette toxicité est réduite à son minimum : ce sont ceux que nous appellerons *non-toxiques* ; d'autres sont hypertoxiques. Entre les deux, il y a sans doute des intermédiaires, mais en petit nombre ; et très facilement on peut les faire rentrer dans l'une ou l'autre catégorie, puisque, en réalité, les peu intoxiqués rentrent dans la première.

En conséquence nous croyons, qu'en matière d'appen-

dicite, spécialement chez l'enfant, il est rationnel avant tout de tenir compte du coefficient de toxicité. De sorte que nous aurons :

1° Des appendicites non toxiques.

2° Des appendicites hypertoxiques.

Célos (1), dans sa thèse, insiste avec raison sur *l'aspect* bon ou mauvais présenté par le malade : « Pour l'examen du malade nous avons toujours procédé en examinant la physionomie (prise dans un sens général) et l'aspect du malade... que ce grand maître Hippocrate, considérait avec tant de raison comme élément primordial du diagnostic. Il faisait même celui-ci par l'impression qu'il avait du malade. Sans aller jusque-là, ce qui nous conduirait à décrire un facies appendiculaire, nous considérerons d'abord l'aspect du malade. Entendons-nous : s'apercevoir qu'un malade est porteur d'une tumeur, etc... cela est à la portée de l'infirmier le plus novice. Savoir regarder un malade et apprécier son aspect est au pouvoir seul du clinicien.

« C'est pourquoi je ne crois pas que l'on fasse de la clinique préhistorique en procédant ainsi. Bien entendu, il ne faudra pas manquer de procéder autrement quand nous pourrons le faire. A l'hôpital on a toujours un thermomètre, on a quelquefois une montre à seconde. On pourra vérifier exactement les renseignements fournis par l'aspect. Par ce mot, j'entends l'appréciation : du

1. Célos. Sur le diagnostic d'urgence chez l'adulte des maladies de l'abdomen qui se traduisent par le syndrome péritonéo-abdominal. *Th. de Paris*, 1902.

visage, de la température de la peau, de son état au point de vue sudoral, du pouls, de la respiration, des signes qui peuvent être obtenus en un mot, sans interrogatoire et s'en servir comme instrument. »

Partant de ces excellentes données pratiques, il distingue (les cas de choc et d'hémorragie mis à part) un *bon* et un *mauvais* facies. N'est-ce pas là ce qu'on rencontre à chaque pas en clinique ; n'est-ce pas ce mauvais aspect porté au maximum qui fait juger de l'état du malade presque avant qu'on l'ait examiné. En un mot c'est l'aspect qui oriente le « flair » du clinicien.

Or, en matière d'appendicite chez l'enfant, il n'y a pas de milieu ; ou bien le malade a bon aspect, et il n'est pas intoxiqué ; ou bien il a mauvais aspect, et il est hyperintoxiqué. C'est là ce qui justifie notre division en appendicites non toxiques et en appendicites hypertoxiques, tout en spécifiant qu'avec la plus grande facilité (suppression intempestive de la glace, écart de régime, ou même sans cause), le malade puisse passer de la première catégorie à la deuxième.

Cependant, tenant compte de ce que cette division serait trop générale, nous croyons qu'il faut prendre à chacune des classifications précédentes, ce qui peut aller avec un diagnostic raisonné, de façon à faciliter les indications opératoires. Nous aurons ainsi la division suivante :

Premier groupe. — *Appendicites non toxiques.*

Se subdivisant en :

1° Appendicites avec péritonite enkystée péri-appendiculaire ;

2° Appendicites avec péritonite purulente aiguë franche généralisée.

Deuxième groupe. — *Appendicites hypertoxiques.*

Se subdivisant en :

1° Appendicites hypertoxiques primitives dans lesquelles nous avons :

a). — Appendicite avec péritonite septique diffuse, péritonite putride des classiques.

b). — Appendicite avec péritonite purulente bâtarde généralisée.

2° Appendicites hypertoxiques secondaires.

Cette dernière classe se définit d'elle-même ; ce sont les appendicites du premier groupe qui, subitement, perdent leur caractère de non-toxicité et qui causent ces surprises si désagréables dont cette affection est coutumière.

Ainsi cette notion d'hypertoxicité domine toute l'histoire de la maladie. Comme nous pouvons la trouver d'emblée ou secondairement à titre de complication, comme dans l'un ou l'autre cas, elle passe toujours au premier plan, nous croyons utile, à la fois, pour la faire mieux ressortir et pour justifier la description clinique, de l'étudier à part dès maintenant. Cette manière de faire est beaucoup moins artificielle, pensons-nous qu'elle ne le paraît. C'est par cette donnée que nous pourrons suivre l'état du malade et étudier sa résistance.

Un second problème à étudier, également important, est celui de la localisation ou de la généralisation péritonéale. Nous chercherons à montrer que quelle que soit sa valeur, son importance s'efface devant celle du

degré de toxicité. Néanmoins, il est de toute nécessité de chercher si possible à connaître l'état du péritoine ; cela aide le pronostic et guide l'intervention. Nous étudierons donc cette question dans un deuxième chapitre.

Ayant ainsi en quelque sorte procédé par analyse, nous aborderons en dernier lieu l'étude synthétique des formes. A cette manière de faire, nous voyons l'avantage d'être plus large, d'éviter des répétitions, et enfin de passer assez rapidement sur les formes. Après avoir, au cours de l'étude analytique préalable, insisté sur les variabilités de chaque symptôme, la description par formes ne peut guère être que schématique et un peu théorique ; d'ailleurs, à ce point de vue, nous ne pourrions avoir d'autre prétention que de nous incliner devant les descriptions classiques. Nous ferons donc successivement l'étude ; 1° *de l'hypertoxicité ;* 2° *des symptômes de généralisation* ; 3° *la synthèse des formes.*

1° Étude de l'élément hypertoxicité.

A la vérité, nous savons bien qu'il s'agit réellement de toxi-infection, puisque dans les différents viscères, on a pu retrouver des foyers microbiens secondaires. Mais il nous semble que ce qui domine la scène, c'est la toxicité plutôt que l'infection. En effet, nous concevons l'appendice comme un laboratoire de toxines élaborées par des microbes et qui y restent primitivement cantonnées ; et déjà à ce moment il est facile de se rendre compte que tout l'organisme est imprégné par les poisons. Nous n'en voulons qu'une preuve : l'anes-

thésie générale jointe à l'hyperexcitation de la sensibilité abdominale qui marque le début de toute appendicite. Il serait facile de montrer que primitivement les toxines agissent sur trois appareils principaux : le système nerveux, le foie, les reins ; dans le premier, sont particulièrement atteints les centres d'équilibre viscéral et le rythme.

A ce premier stade toxique pur ne tarde pas à s'ajouter l'infection généralisée. Favorisée sans doute par la déchéance fonctionnelle qui résulte de l'intoxication préalable, va pouvoir se produire la migration microbienne qui va envahir l'organisme, mais pulluler, en règle générale, sur un certain nombre d'appareils restreints : le foie, l'appareil pleuro-pulmonaire, le péritoine (abcès secondaires à distance).

A leur tour, et nous avons particulièrement en vue le foie, ces invasions microbiennes amènent un dérèglement de l'organe qui devient lui-même une source de toxémie. C'est ainsi qu'il est fréquent de voir l'hépatotoxémie venir terminer une appendicite. Quoi qu'il en soit de la succession des phénomènes biologiques et de leur mécanisme intime, nous réunissons tout sous la même rubrique : l'hypertoxicité.

Comment celle-ci va-t-elle se traduire ? Tout d'abord et toujours, même dans les cas les plus bénins par des troubles du système nerveux. Celui-ci est modifié d'une manière générale et en plus dans différents centres. Le déséquilibre général du système nerveux peut se présenter soit sous forme de dépression, soit sous forme d'excitation.

La première est la plus fréquente ; c'est celle que l'on rencontre couramment ; elle se retrouve à chaque instant dans nos observations, comme dans presque toute celles d'appendicite. Il est important d'ajouter que c'est elle que l'on voit au début de toute appendicite et que c'est la seule, tant que le malade résiste si peu que ce soit, et que, même dans le cas contraire, même dans les formes foudroyantes, c'est encore bien souvent à ces symptômes de dépression, d'inhibition nerveuse que l'on assiste.

La deuxième forme, l'excitation, est beaucoup plus rare ; et l'on peut même dire que, chez l'enfant, elle est exceptionnelle. Nous ne la voyons signalée qu'à titre de manifestation ultime dans les formes suraiguës, ou dans les formes ordinaires subitement aggravées.

Syndrome de dépression. — Nous cherchons à démontrer qu'il est dû à l'inhibition se portant principalement sur la motricité, la vaso-motricité (desquelles nous rapprochons la parésie abdominale), sur les centres régulateurs (respiratoire, cardiaque, thermique) desquels résulte l'allure générale du malade. Mais, fait important et contrastant de manière absolue, un seul symptôme vient trancher sur cet amoindrissement des fonctions nerveuses : c'est l'hyperexcitabilité de la conduction douloureuse, l'hypersensibilité abdominale.

Entrons maintenant dans le détail de ce déséquilibre nerveux. Chez l'enfant il suffit d'avoir vu quelques appendicites, pour se rendre compte que les malades sont comme inhibés, chaque fonction principale étant en quelque sorte syncopée. De là l'allure générale de ces

enfants qui présentent rarement cet aspect un peu agité que l'on peut constater chez les adultes. Dans la plupart des cas, les enfants sont plutôt un peu apathiques: ils sont *aplatis*. Cet état ne ressemble en rien, ni au subcoma, ni même à la torpeur : car (les cas d'ailleurs nombreux des enfants timorés mis à part) on obtient d'eux sans la moindre difficulté des réponses précises et rapides aux questions. L'intelligence n'est nullement atteinte ; c'est plutôt un espèce d'état de résolution, d'inhibition générale. Telle est l'impression que nous voyons portée au maximun dans les appendicites gangréneuses foudroyantes, et dans lesquelles l'enfant semble plongé dans un véritable état de bien-être, celui-ci chaque fois étant du plus mauvais augure ; à tel point que nous estimons qu'il pourrait, même dans une certaine mesure, être considéré comme signe de pronostic absolument fatal. Ici l'enfant ne se plaint de rien ; questionné, il déclare se trouver bien ou aller beaucoup mieux. Et quel contraste avec son facies ! Mais enfin, il s'agit ici d'un cas très particulier. D'une manière générale, l'enfant semble simplement renfermé sur lui-même, soucieux d'éviter la douleur locale et tout ce qui pourrait la réveiller ou l'augmenter.

Mais cet état d'inhibition générale ne revêt pas le plus souvent le type pur. Souvent se surajoutent, mais accessoirement, quelques phénomènes d'excitation légère : l'inquiétude, l'angoisse caractérisée par l'anxiété et parfois le brillant des pupilles, jointes aussi à la vivacité du geste repoussant la main qui explore. Il faut y joindre la défense abdominale que traduit la

résistance musculaire, ainsi que les mouvements de défense et de semi-contraction que prennent les muscles dès que le médecin s'apprête à l'exploration. Parmi cet ordre de symptômes signalons comme très fréquent : l'attitude de la main planant au-dessus de l'abdomen prêt à repousser vivement un doigt explorateur, ou à atténuer le frôlement du drap. Il est vrai que ce sont là surtout des phénomènes en rapport avec la douleur. Néanmoins, à bien les étudier, il semble qu'il y ait quelque chose de plus, qu'ils soient exagérés par l'état du système nerveux.

Mais ces quelques phénomènes mis à part, ce sont surtout des symptômes dépressifs que l'on rencontre. A l'asthénie générale que nous venons de signaler, nous sommes tentés de rapprocher la parésie intestinale, se traduisant par le ballonnement et la constipation. Sans doute, suivant la loi de Stokes, cette parésie peut s'expliquer par l'inflammation de la séreuse ; mais nous pensons qu'à cette cause s'ajoute celle produite par la diminution de l'influx nerveux. Ainsi s'expliquent facilement suivant la valeur de l'imprégnation toxémienne, pourquoi tantôt une crise appendiculaire simple s'accompagne d'une parésie intestinale considérable, et tantôt une péritonite par perforation d'une parésie très modérée.

Quant aux troubles des centres nerveux, nous n'insisterons pas, bien qu'ayant une grande valeur clinique ; ils sont de toute évidence. Ils traduisent, en somme, le dérèglement et l'affaissement du système.

Signalons les troubles vaso-moteurs, qui amènent

des modifications sudorales et des troubles de la circulation périphériqne. La sécrétion d'une sueur froide, rassemblée en gouttes sur le front, plus rarement à la paume des mains, correspond à une phase d'hypertoxicité maximum. Et, peut-être, au lieu de la considérer comme le résultat de l'inhibition nerveuse, n'est-elle qu'une dernière lutte de l'organisme cherchant à utiliser l'émonctoire sudoral ? Quoi qu'il en soit, c'est souvent un symptôme de toute gravité.

Il en est de même du refroidissement périphérique. Le malade qu'on n'arrive pas à réchauffer, dont les mains et les pieds sont glacés, est vraiment en mauvais état. Et nous avons vu souvent attacher une grande importance pronostique au refroidissement du nez, apprécié en frôlant doucement la face dorsale de la main, sur le dos et le lobule du nez.

Nous n'avons rien à dire de la température centrale ; ce n'est pas l'appendicite qui peut nous permettre d'arriver à la compréhension de la fièvre en général. Nous tenons surtout à insister sur ses rapports avec le pouls. Ce dernier est modifié dans ses qualités, dans son rythme et dans sa fréquence, seuls ou associés. Chez l'enfant l'accélération du pouls sous la moindre influence est bien connue ; aussi ne serons-nous pas étonné de la rencontrer ici et pour l'apprécier à sa juste valeur faudra-t-il tenir compte de cette susceptibilité spéciale. Mais nous avons été frappés de ce que, chez beaucoup d'enfants, même en état assez défectueux, le pouls accéléré reste assez régulier et assez bien frappé. Certainement dès que l'hypertoxicité arrive près de son

maximum, il devient mou, imperceptible, filant; mais c'est là un symptôme relativement tardif.

Au moment d'hypertoxicité maximum apparaît une nouvelle modification : *la dissociation du pouls et de la température*. Le parallélisme habituel du pouls et de la température dans les infections est un fait curieux de pathologie générale. Et c'est ce que l'on trouve dans l'appendicite, tant que celle-ci n'a pas atteint un trop haut degré de gravité. Cette dernière survenant, les courbes se séparent et évoluent pour leur propre compte, c'est-à-dire qu'il peut y avoir à la fois accélération du pouls et abaissement de la température; le synchronisme des deux centres s'est altéré.

A ces phénomènes s'ajoutent les modifications du centre respiratoire. Ils ne surviennent très appréciables (cyanose, dyspnée marquée) qu'à une période déjà avancée. Il y a longtemps déjà que Laroyenne (1) a attiré l'attention sur la paralysie du diaphragme avec immobilité dans le diagnostic précoce de la péritonite généralisée. On peut le constater avant le ballonnement. De là résulte une respiration courte, superficielle, rapide, à type costal supérieur.

La sensibilité est accrue contrastant, comme nous l'avons déjà dit, avec tous ces symptômes de dépression. La douleur, d'abord localisée, puis généralisée, accompagnée d'une hyperesthésie superficielle exquise, est bien connue et nous n'insisterons pas sur sa description; nous préférons mettre en relief dès mainte-

1. Laroyenne, *Lyon médical*, 6 mai 1877.

nant la haute valeur pronostique que l'on peut tirer de ses caractères.

Tous les éléments précédents se trouvent naturellement associés en nombre et à des degrés divers suivant les cas; c'est ce qui fait le protéisme de l'appendicite. Plus ou moins accusés, plus ou moins groupés, ils traduisent des états divers d'imprégnation toxémienne et de réaction organique. Mais jusqu'à présent, même dans les formes graves, le sujet était encore capable d'être en état de souffrance, de se plaindre et surtout de présenter au plus haut point de l'hyperesthésie abdominale. Dans certains cas de gangrène ou surtout de perforation foudroyante, cette dernière forme de réaction disparaît. Nous avons déjà parlé de la suppression de la sensation générale de souffrance et de l'état de bien-être qui s'empare du malade. La douleur locale abdominale elle-même disparaît ou presque, et la contracture de défense tend à s'établir. Mauvais, très mauvais tableau symptomatique. Enfin la phase ultime approche, le coma apparaît.

Syndrome d'excitation. — Nous n'avons rien à en dire puisque nous ne l'avons en quelque sorte pas rencontré. C'est là un fait curieux; l'enfant qui, pour peu de chose, a des convulsions, du délire, qui offre également les mêmes symptômes au début ou au cours de toute infection, ne les présente pas ou peu, au cours de l'appendicite. A peine voit-on quelquefois le délire, l'agitation, signalés dans les observations et, le plus souvent, à une période tardive ; plus souvent encore après l'opération.

Tels sont, pensons-nous, les symptômes que l'on a le

droit de rattacher directement aux modifications du système nerveux. Il est bien certain que, dans les suivants, il est difficile d'attribuer strictement tel symptôme à un appareil déterminé ; tous retentissent sur les autres ; de même qu'il est difficile de les rattacher exclusivement à l'intoxication ou à l'infection.

Le *rôle du foie* nous paraît devoir immédiatement venir après celui du système nerveux. Laissant de côté pour le moment les abcès de cet organe, de même que toutes les complications viscérales proprement dites de l'appendicite, nous voyons que cette dernière entraîne des troubles hépatiques qui peuvent aller dans certains cas jusqu'à l'insuffisance fonctionnelle complète.

Fréquent et grave est le subictère léger que l'on voit dans toute forme un peu sérieuse, si léger même parfois qu'il s'agit plutôt d'un défaut d'éclat et de blancheur de la sclérotique que d'un vernis jaunâtre régulièrement étalé. Dans ces cas, on recherchera l'accentuation de la teinte dans les angles, sous les paupières, parfois au pourtour du limbe cornéen.

Fréquent encore, moins que le précédent mais plus grave, le subictère accentué, ou l'ictère vrai qu'on voit surtout après l'acte opératoire. Bien grave devient le pronostic. Ici les sclérotiques sont franchement jaunes ; dans les cas accentués, non seulement les muqueuses, mais même la peau commence à se colorer, il y a de la congestion hépatique.

Enfin l'insuffisance hépatique peut être plus accentuée encore et se traduire par des phénomènes rappelant l'ictère grave ; et c'est à eux que nous rattacherons les

hémorragies que l'on peut voir dans l'appendicite, notamment le vomito-negro appendiculaire de Dieulafoy. Il nous a été donné d'assister une fois à cette dernière complication ; mais le cas est antérieur à ceux que nous étudions et ne se trouve pas mentionné dans nos observations.

Soit primitivement, soit consécutivement à l'insuffisance hépatique, surviennent des troubles rénaux. En général ces troubles se limitent en une anurie légère ou marquée, avec modifications des principes normaux de l'urine, et apparition d'éléments anormaux. On peut assister, plus rarement il est vrai, à des phénomènes d'insuffisance rénale qui emportent le malade.

Enfin nous ne serons pas étonné de voir des modifications profondes du rein ; celui-ci, véritable filtre des toxines, est hypertoxique par cela même. Quant à sa composition en ses éléments figurés, elle est profondément modifiée ; mais sur ce point l'accord, après avoir paru se faire un moment, ne s'est pas maintenu entre les différents auteurs ; aussi nous n'en parlerons d'autant moins que dans les cas graves que nous avons surtout à envisager, il n'est que difficilement vérifiable et ne présente en tout cas ici qu'un intérêt purement théorique.

Nous venons de passer en revue les modifications imprimées par les poisons appendiculaires à la plupart des viscères ; il est certain que tous les organes sont touchés et il serait intéressant notamment de connaître les altérations des glandes closes, notamment de la rate et des surrénales.

Quoi qu'il en soit, de cet ensemble résulte une allure générale, variable suivant les cas, et qui constitue le facies du malade : grippé, plombé, terreux, péritonéal, yeux cernés et creux, nez effilé, battement des ailes du nez, cyanose légère des lèvres, etc. Il suffit d'avoir vu un de ces malades pour que le portrait en reste fixé à tout jamais dans la mémoire. En un mot le malade a *mauvais* aspect, car il est hyperintoxiqué ; difficilement il résistera si l'on opère et qu'on supprime le foyer primitif d'infection et les foyers secondaires formés par les liquides péritonéaux, véritables bouillons de culture. Bien rarement il réchappera, autant dire jamais, si, on l'abandonne à lui-même, c'est-à-dire à la glace, à l'opium et la diète.

2° Étude des symptomes de généralisation.

Ce point est très important puisque pour beaucoup de chirurgiens la question de localisation ou de généralisation guide la thérapeutique. L'intérêt clinique n'est pas moindre, car, le plus souvent, à la généralisation correspond l'hypertoxicité et avant que la chirurgie ne régnât sur l'abdomen, du temps où l'appendicite était inconnue, la péritonite localisée était considérée comme bénigne, la péritonite généralisée était grave. La division que nous avons adoptée des appendicites, et l'étude que nous en avons faite jusqu'ici aura montré, nous l'espérons, l'importance primordiale de l'intoxication appendiculaire.

Quoi qu''il en soit, pratiquement, il n'en résulte pas moins que, tout en étudiant le dernier point, il faut éga-

lement chercher à savoir s'il s'agit d'une forme enkystée ou d'une généralisation. La question sera résolue par l'étude de l'état général et l'examen des signes locaux.

Sur l'état général nous serons bref; tout ce qui a été dit dans les pages précédentes nous montre que:

1°) En thèse très générale, un état général grave correspond à la généralisation ;

2°) Qu'il y a des exceptions très nombreuses ; ce sont celles qui constituent les difficultés de l'appendicite. Ces exceptions sont de deux ordres :

a). — D'abord il y a des péritonites généralisées, qui s'accordent très bien avec un état général grave mais non hypertoxique. Ce sont les formes que nous avons appelées *Appendicite avec péritonite purulente aiguë franche, généralisée*. C'est, croyons-nous, de toutes les variétés de l'appendicite non pas la plus rare, mais la moins fréquente. Les observations 14 et surtout n° 15 sont très démonstratives à cet égard. Il va sans dire que ces formes passent très rapidement à l'hypertoxicité (observations I et XI).

b). — Il y a des cas beaucoup plus nombreux où un foyer enkysté s'accompagne d'un état alarmant soit d'emblée (obs. XVIII) soit dans le cours de l'évolution, que le foyer soit resté enkysté (obs. XII) ou qu'il se soit ouvert secondairement dans la grande cavité (obs XXI). En résumé la gravité de l'état général est un élément de probabilité de généralisation, mais non un signe certain.

Étudions maintenant les renseignements fournis par le tube digestif. Ils sont au nombre de quatre : l'état de

la langue, les vomissements, les matières et les gaz.

L'état de la langue, pris aussi isolément n'a pas grande valeur. Nous avons vu fréquemment des enfants à la mort avec une langue presque humide. Néanmoins l'état de sécheresse, avec l'aspect fendillé, sale, parfois parcheminé, accompagné de dépôt, de fuliginosités sur les dents et sur les lèvres indique généralement un état très grave.

Les vomissements peuvent ne pas exister; c'est rare, tout au moins chez l'enfant où l'appendicite s'accompagne presque toujours de vomissements. Les vomissements porracés et fécaloïdes impliquent l'idée de généralisation, mais leur absence ne signifie point, d'une façon absolue, qu'il y ait localisation. Nous avons, du reste, remarqué la rareté relative des vomissements porracés chez l'enfant dans toutes les affections où on peut les rencontrer ; au contraire, les vomissements fécaloïdes nous ont paru plus fréquents.

Enfin il est très rare que dans l'appendicite, avec la participation la plus intense du péritoine, il y ait un arrêt des matières et des gaz analogue à celui de l'ébranlement herniaire. Cela est surtout vrai pour les gaz ; il est très rare qu'à un moment donné le malade, interrogé à fond, n'avoue pas quelques gaz. Quant aux matières, il semble que leur émission soit plus rare, sinon supprimée; d'ailleurs la plupart du temps, avec les purgatifs, les lavements préalables, il est très difficile d'être fixé. Néanmoins matières et gaz peuvent très bien presque régulièrement passer ; nous avons déjà signalé plus haut des cas de diarrhée.

Il est impossible de pouvoir avec certitude, en face d'un cas donné, établir un lien entre l'obstruction intestinale et la forme de la péritonite. Tout ce que l'on peut dire c'est que une obstruction complète est surtout en faveur d'une péritonite généralisée.

En résumé les symptômes digestifs peuvent, quand ils existent, faire croire à la généralisation ; leur absence n'est pas un signe certain de localisation.

Restent maintenant les renseignements fournis par l'examen local. Nous rappellerons qu'on les obtient non seulement par l'inspection et la palpation, mais aussi par la percussion et le toucher rectal (possible chez l'enfant).

Ils donnent comme résultat : le ballonnement, la résistance de la paroi, l'empâtement, la matité, et enfin et surtout la douleur.

Le ballonnement est généralement modéré ; partiel ou généralisé, plus souvent marqué du côté droit, il peut y rester localisé dans certains cas ; mais il est difficile de dire dans quelle mesure ces modifications du volume du ventre sont en rapport avec l'état du péritoine.

La résistance de la paroi aurait peut-être une importance un peu plus grande ; souvent, en effet, il est facile de voir le contraste entre la fosse iliaque gauche souple, d'une exploration aisée, et la fosse iliaque droite dure, contractée, tendue, résistante parfois comme du bois, marquant d'une manière absolue ce qui se passe en dessous. Mais cependant dans bien des cas de péritonite généralisée, la résistance ne s'étend pas à tout

l'abdomen; et en tout cas, il est bien rare qu'elle ne soit pas maximum à droite.

Dans les péritonites généralisées d'autre origine, cette contraction musculaire occuperait uniformément l'abdomen ; nous n'avons pas eu l'occasion de contrôler cette opinion classique. Chez l'enfant, il n'y a guère que l'appendice qui produise des péritonites généralisées, péritonites pneumococciques mises à part ; et celles-ci se voient surtout dans les services de médecine.

Cette contraction musculaire gêne la plupart du temps l'appréciation de l'état de la fosse iliaque. Que de fois, même quand on est averti, n'impose-t-elle pas pour un empâtement, et ne fait-elle pas diagnostiquer localisée une péritonite généralisée. Donc la sensation d'empâtement, obtenue en dehors de la résolution chloroformique, ne doit être acceptée qu'avec les plus grandes réserves.

Cependant dans certains cas elle est évidente. Souvent alors elle s'accompagnera de matité. Cette dernière peut exister, même en l'absence de plastron; elle possède même une grande valeur diagnostique de généralisation. On devra alors la rechercher dans les parties les plus déclives des fosses iliaques, du bassin en faisant successivement incliner légèrement le malade de chaque côté. La percussion devra être très douce, pratiquée très légèrement par l'index droit qui frôle et dédole plutôt qu'il ne percute l'extrémité de l'index gauche. On arrive ainsi à percevoir des matités très peu étendues et très minimes, alors qu'une matité même assez considérable échapperait, à cause de la distension des

anses intestinales, à une percussion un peu violente.

Il nous reste à savoir dans quelle mesure la recherche de la douleur provoquée peut nous servir au diagnostic de généralisation. Nous pensons que c'est là un symptôme de grande valeur, pourvu qu'on n'ait pas à faire à ces formes gangréneuses où toute sensibilité se trouve émoussée.

Sauf exceptions, à douleur localisée correspond une forme plus ou moins localisée; à douleur dépassant la ligne médiane correspond une généralisation de la péritonite. Dans tous les cas, elle est toujours plus vive dans la fosse iliaque droite, à la partie moyenne et inférieure de cette fosse. La région du point de Mac Burney est souvent. non toujours, le siège de la douleur maximum; c'est elle que les malades indiquent spontanément quand on leur demande, comme on doit toujours le faire, de bien préciser eux-mêmes, avec un seul doigt, l'endroit où ils souffrent le plus.

La douleur s'accompagne souvent d'hyperesthésie de la peau de la région appendiculaire (Dieulafoy), telle, que le frôlement de l'ongle arrache des cris aux malades. Elle est surtout marquée dans les formes généralisées et peut alors plus ou moins dépasser la ligne médiane et s'étendre du côté opposé.

Après avoir ainsi analysé les différents symptômes et étudié leur valeur propre, nous allons pouvoir, et très rapidement, aborder quelques modalités cliniques des formes graves de l'appendicite chez l'enfant.

III). — FORMES CLINIQUES

Pour n'avoir pas à y revenir pour chacune d'elles nous étudierons, d'une manière générale, le *début* des formes graves. Il est différent suivant qu'il s'agit d'une forme grave d'emblée ou d'une forme aggravée secondairement.

Dans le premier cas le début est brusque, solennel « en coup de pistolet », par des douleurs vives et violentes présentant d'emblée leur maximum dans la fosse iliaque droite. Et dans nos observations nous voyons s'ouvrir la maladie de deux manières : ou bien l'enfant est pris de crises douloureuses au cours d'un exercice plus ou moins violent, généralement en jouant à l'école, ou bien c'est quelques heures après le repas, généralement le repas du soir, que les douleurs surviennent réveillant le malade, parfois lui arrachant des cris. Ici, c'est donc l'activité digestive, qui a fait déclarer la crise, probablement à la suite d'un repas copieux ou d'une digestion difficile. Tout à l'heure c'était le traumatisme, la contraction du psoas, insuffisante pour créer de toute

pièce l'appendicite (Sonnenburg) mais suffisant pour faire éclater une crise dans un appendice altéré.

Dans le second cas — appendicite aggravée secondairement — le début est moins solennel, en général, tout au moins quand le malade est en traitement. Sous l'influence d'une alimentation prématurée, de la suspension intempestive de la glace, de l'arrêt du repos intestinal et parfois sans cause apparente, la crise, qui paraissait se calmer, s'aggrave. Il est rare que cette aggravation soit lente, progressive. Le plus souvent elle est brusque ; tel malade que l'on avait quitté le soir avec un bon visage, un bon aspect, est retrouvé le lendemain matin terreux, les extrémités froides, le pouls filant. Mais cette brusquerie dans l'aggravation se traduit beaucoup plus par une altération brutale de l'état général, que par une augmentation des douleurs. Le plus souvent, en effet, il y a bien une réapparition, un réveil des phénomènes douloureux, mais rarement ils présentent une valeur considérable dans l'appendicite grave d'emblée. Ce que l'on voit, outre cette augmentation légère de la douleur, c'est surtout sa diffusion, sa tendance à envahir toute la fosse iliaque, la région péri-ombilicale, puis quelquefois le côté opposé.

A la douleur s'ajoute, la plupart du temps, comme symptôme de début : *les vomissements*. Trés fréquents, ils ne sont pas absolument constants ; nous les avons vus manquer — en tant que manifestation initiale — même dans des péritonites septiques généralisées. Par contre, il est exceptionnel qu'ils manquent dans tout le courant d'une forme grave.

Les vomissements du début restent généralement alimentaires ou muqueux ; ce n'est qu'au bout de quelque temps qu'ils changent de caractères. Rarement ils s'installent d'emblée, ou presque d'emblée, porracés ou fécaloïdes. Leur répétition au point de vue du pronostic, ne nous a paru avoir de valeur qu'autant qu'elle était vraiment considérable. En dehors de ce cas, elle nous a paru beaucoup plus sous la dépendance de la façon dont était soigné le malade et de sa susceptibilité propre.

Nous en aurions fini avec ces modes de début de l'appendicite grave si nous ne tenions à rapporter l'avis très autorisé de Jalaguier.(1) Pour cet auteur la péritonite septique diffuse et la péritonite purulente généralisée débutent un peu différemment l'une de l'autre. Tandis que cette dernière se déclarerait d'une manière absolument franche, éclatante, la première débuterait à la façon d'une indigestion, avec de vagues douleurs abdominales, mais de suite avec altération profonde de l'état général, et dissociation du pouls et de la température.

Ces différents points étant établis, passons rapidement en revue les symptômes de chaque forme déclarée. Nous suivrons la classification donnée plus haut, tout en reconnaissant une fois de plus qu'elle est tout aussi artificielle que n'importe qu'elle autre, mais qu'elle nous semble bien mettre en relief l'importance de la toxi-infection. L'étude précédente nous permettra, pen-

1. Jalaguier. *Société de chirurgie*, 1895. Traité de chirurgie. Tome VI, p. 604.

sons-nous, d'être très bref sur la description clinique.

Premier groupe

Appendicites non hypertoxiques.

Nous rappelons encore que tous les degrés peuvent se voir depuis le malade ayant tout à fait bonne allure, jusqu'à celui qu'on est obligé de surveiller de très près ; il va sans dire que c'est cette tendance qu'accusera plus volontiers la deuxième de nos formes ; mais si la première peut s'accompagner assez facilement d'un bon état général, il est nécessaire de dire qu'il est loin d'en être toujours ainsi ; et nous aurons suffisamment l'occasion de le voir.

A). — Appendicite avec péritonite enkystée péri-appendiculaire.

Des exemples nous en sont donnés par les observations VIII, XVI, XVIII.

En général, cette forme d'appendicite survient chez des malades ayant déjà souffert, d'une manière quelconque, de leur appendice. L'infection a une tendance première à se localiser. Aussi voyons-nous une concordance régulière entre le pouls et la température 39°5 et 120.

La température, qu'il y ait eu opération ou non, quand il y a tendance vers la guérison, descend progressivement, avec une légère élévation thermique vespérale,

pour atteindre le voisinage de 37°5 du cinquième au huitième jour.

Le pouls, assez fortement accéléré, n'est pas modifié, en général, ou bien l'est peu dans sa tension et dans sa régularité. Et il suit la température dans sa descente.

En somme concordance du pouls et de la température, avec tendance au retour à la normale assez rapidement; mais il faut se méfier des accalmies traîtresses.

La langue est rarement sèche ; quelquefois elle est humide, mais moins que normalement.

Le facies peut être absolument bon (Obs. XVI) ; en général il est un peu grippé, les traits sont tirés, les yeux excavés. Même dans ces variétés légères des formes graves, l'intoxication se fait déjà sentir parfois assez vivement (Obs. XVIII).

Le ballonnement du ventre, quand il existe, est très modéré, et plus marqué du côté droit.

La douleur est très vive à la palpation. Déjà spontanément le malade indiquait comme siège maximum de la douleur spontanée, la partie moyenne de la fosse iliaque. De même, la douleur provoquée est plus vive à cet endroit. Cette zone de douleur maxima est plus ou moins étendue ; en général, elle n'est pas inférieure à une pièce de 5 francs ; de plus, et assez souvent, on la voit s'étendre aussi violente dans la fosse iliaque. Il nous semble, en effet, un peu exagéré de rechercher une douleur à siège punctiforme, en dehors des cas de crise appendiculaire simple; et même, dans ce cas, la constance, signalée par les auteurs du siège au point de Mac Burney nous a paru quelquefois en défaut.

3. — Apparition d'un système monétaire dans l'ancienne Égypte

Ce fut sous le règne des souverains XII et XV- auxquelles on pouvait joindre les souverains VII et XI, si nous n'avons aucun renseignement sur les [illegible] de cette époque, à remonter la première à l'ancienne Égypte.

Cette période est très intéressante, d'autant plus que les phénomènes de [illegible] économique [illegible] nous présentent, dans [illegible] et [illegible] une des [illegible] que nous étudierons ultérieurement.

Au point de vue économique, c'est exactement ce que l'on a l'habitude de voir dans toutes les grandes agglomérations [illegible]. Au point de vue général, c'est la tendance à la lutte et à la révolte ; température [illegible], [illegible] [illegible], [illegible] [illegible] [illegible], pas très [illegible]. Cependant déjà dans l'ancien [illegible] XII nous voyons le prêt et la [illegible] se développer, bien que la vente au [illegible] [illegible] [illegible] ; mais l'état général [illegible] [illegible] [illegible] par rapport à la [illegible] du prêt et de la [illegible].

À l'époque où [illegible] une première [illegible] [illegible] du pas [illegible] [illegible], [illegible] [illegible], mais [illegible] pas [illegible] [illegible] et [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible].

Mais

En général, après l'opération le malade se remet assez rapidement.

Nous imaginons assez bien cette forme comme analogue au phlegmon diffus, survenant chez un individu bien portant et évoluant rapidement vers l'extérieur. Là aussi l'état général est pris ; mais quelle différence avec ces phlegmons septiques, gangréneux presque, surtout dans la cavité profonde et survenant chez des débilités. Il en est de même pour l'appendice ; cette forme traduit une réaction vive et vigoureuse du péritoine et correspond le plus souvent à des cas où le processus destructif de l'appendice (gangrène ou perforation) évolue lentement, sans syncoper brusquement le sympathique abdominal, le péritoine et le système nerveux général.

De cette forme, nous rapprochons celle décrite par Nélaton (1), sous le titre de *péritonite à foyers multiples* et dont le pronostic est plutôt favorable (obs. XXII).

Deuxième groupe

Appendicites hypertoxiques

Nous avons suffisamment étudié l'importance de la toxi-infection, de l'hypertoxicité, pour que nous ayons beaucoup à dire sur ce sujet. Nous nous contenterons de rattacher les différents cas observés par nous à différents types un peu schématiques.

1. Nelaton. Soc. de Chirurgie, juillet 1895.

Rappelons seulement que c'est là, chez l'enfant, la variété la plus fréquente, beaucoup plus que chez l'adulte. Toutes nos observations, sauf celles citées plus haut, s'y rapportent, ainsi que l'immense majorité des appendicites que nous avons vues antérieurement à la période que nous observons. Cette gravité effrayante est signalée partout : et il suffit de parcourir les travaux de Brun, Broca, Jalaguier, les observations de Routier, Dieulafoy, Guinard, etc., les thèses de Siron, Célos, Mahar, pour retrouver inéluctablement cette même note d'empoisonnement à point de départ appendiculaire. Un peu artificiellement peut-être, mais, en somme, assez cliniquement si l'on fait partir les symptômes non pas depuis le début, mais à partir du moment où le malade est vu par le médecin, nous avons divisé les appendicites hypertoxiques en primitives et en secondaires.

1° Appendicites hypertoxiques primitives

Deux variétés.

A. — *Appendicite avec péritonite septique diffuse*, péritonite putride des classiques, type perforation suraiguë.

Parmi les formes graves c'est celle que l'on rencontre le plus fréquemment chez l'enfant ; et il n'est pas besoin d'insister sur son pronostic, bien que celui-ci ne soit point absolument fatal, intervention faite bien entendu. L'observation XXVIII, en est un exemple (il est

vrai que celle-ci ne constitue pas le type dans toute sa pureté, puisque nous trouvâmes un petit foyer purulent qui avait tendance à se faire protéger; mais dans l'ensemble, c'est à cette forme seule qu'on peut la rapporter).

Rappelons le début un peu différent que Jalaguier assigne à cette forme. A la période d'état, le facies du malade réalise l'intoxication dans tout ce qu'elle a de plus accentué. Nous ne reviendrons ni sur l'altération des traits, ni sur l'aspect terreux, sale, ni sur le refroidissement du nez et des extrémités, les vomissements, etc. La température et le pouls sont dissociés ; de plus ce dernier est mou, minuscule, irrégulier, filant. La dyspnée s'établit : respiration courte, superficielle, précipitée ; enfin on peut voir le hoquet survenir aux approches de la mort. Les urines sont rares, foncées, troubles, sédimenteuses. Le ventre est en général assez ballonné ; et ce ballonnement, prédominant un peu à droite, remonte plus ou moins au-dessus de l'ombilic.

La percussion pratiquée doucement permettra, à la condition que la péritonite soit établie depuis quelques temps, de trouver quelquefois un peu de matité plus marquée dans le bas de la fosse iliaque droite. C'est à cette rareté qu'il faut rapporter le type déjà décrit et caractérisé par la diminution de la douleur locale, la sensation de bien-être général, parfois des diarrhées profuses; il s'agit là d'une forme d'inhibition vraiment curieuse.

En général, ces formes putrides ne traînent pas; en

trois jours, quarante-huit heures, même moins, le malade est emporté.

B). — *Appendicite avec péritonite purulente bâtarde généralisée.* — C'est la péritonite purulente aiguë appendiculaire classique.

Si nous l'avons désignée ainsi, c'est qu'elle peut servir d'intermédiaire entre les formes non hypertoxiques et les formes putrides. Comme ces dernières, on la rencontre très fréquemment, d'autant plus qu'elle en devient très facilement l'aboutissant. Cliniquement, elle se traduit par des phénomènes d'intoxication un peu moindres, et surtout moins suraigus que la forme précédente. Aussi anatomiquement voit-on souvent par place des traces de l'effort fait par le péritoine pour résister : agglutination des anses, petites adhérences, etc. Cliniquement aussi les symptômes sont un peu plus saillants, les douleurs sont plus vives, le météorisme plus accentué, la dissociation du pouls et de la température un peu moins marquée, le facies moins plombé.

L'évolution est un peu plus longue que dans la forme précédente.

2° Appendicites hypertoxiques secondaires

Ce sont toutes celles, localisées ou généralisées, qui, d'apparence bénigne, ou semblant jugulées, subissent tout à coup un coup de fouet; et brutalement se déroulent les phénomènes de surintoxication qui vont mener

rapidement le malade à le mort. Il faut distinguer trois cas.

a). — Il s'agit d'une crise appendiculaire, classée bénigne et, qui, à la suite d'un écart, ou sans cause, même avec le traitement le mieux suivi, change tout d'un coup d'aspect. Anatomiquement on peut avoir affaire à deux évolutions différentes : ou bien il s'agissait d'un appendice sans lésions destructives, qui tout d'un coup s'est perforé ou gangrené ; ou bien, au contraire, la perforation ou la gangrène existait bien, et la bénignité clinique n'était qu'apparente et a perdu brutalement ses caractères trompeurs.

b). — Il s'agit d'une péritonite généralisée à peu près bien supportée jusqu'ici et qui, d'un instant à l'autre, change de caractère, intoxique le malade et le tue.

c). — Enfin, cas très fréquent et très embarrassant pour le traitement, un abcès enkysté, avec bon état général, s'aggrave du soir au lendemain, ou même d'une heure à l'autre; le malade est en danger de mort. Cependant il est loin d'en être toujours ainsi. A ce sujet, les auteurs se divisent en interventionnistes et abstentionnistes. Nous reviendrons sur ce point.

Cette transformation reconnait deux causes anatomiques différentes :

Ou bien l'abcès enkysté a rompu sa barrière et a infecté la grande cavité, soit par rupture réelle d'une adhérence, soit plus souvent par propagation.

Ou bien, plus fréquemment, l'abcès reste bien enkysté, mais à son intérieur, l'appendice, au lieu de s'apaiser, continue sournoisement son évolution, se gangrène et

envoie ses toxines à tout l'organisme. Comme tous les auteurs, nous en avons des cas frappants, notamment l'observation XII qui est certainement curieuse et typique.

Telles sont, brièvement résumées, les différentes modalités sous lesquelles nous avons vu se traduire cliniquement l'appendicite de l'enfant.

Sans vouloir étudier l'affection dans toutes ses manières d'être, nous voudrions esquisser rapidement les variantes imprimées à l'appendicite par certaines variétés de siège de l'appendice.

De quelques variétés suivant le siège de l'appendice

Parmi les nombreuses variétés de cet ordre, nous n'en retiendrons que trois, pour en avoir vu deux d'entre elles assez souvent, et parce que la troisième peut prêter à d'intéressantes considérations. Ce sont :

La variété rétrocœcale.

La variété pelvienne ou iléo-pelvienne.

La variété avec abcès iliaque gauche.

Appendicite rétrocæcale.

Quelques mots seulement pour dire la fréquence relative avec laquelle nous l'avons rencontrée : Obs. VIII, XII, XIII, XXVIII.

Cliniquement, elle se traduit par sa tendance à la localisation et à l'enkystement, puisque sur les quatre

cas que nous rapportons, nous n'en avons qu'une (obs. XXVIII) qui soit généralisée ; encore faut-il ajouter que nous avons pu saisir très nettement le mode d'organisation de la localisation et l'agencement dans ce but du cæcum, de l'appendice, de l'intestin grêle et de l'épiploon.

Des trois cas enkystés, un cas (obs. VIII), répondait à la forme non toxique pure ; il guérit après opération ; deux répondaient aux formes hypertoxiques secondaires : l'observation XII est typique à cet égard ; après le refroidissement le mieux conduit, aggravation subite : mort malgré l'intervention. Mêmes réflexions à l'égard de l'observation XIII, avec cette différence que cette enfant avait été traitée chez elle par des purgatifs, lavements, etc.

Au point de vue des symptômes locaux, l'empâtement et la douleur siègent latéralement, contournent le flanc, et parfois viennent remplir la fosse lombaire, pouvant même en imposer pour un *phlegmon périnéphrétique*. L'observation XII déjà citée montre que l'erreur avait été faite par quelques-uns. Nous ne reviendrons pas, au diagnostic, sur les erreurs possibles dans cette forme.

Appendicite à allure périsigmoïdienne.

Elle concerne un de nos cas, observation XXVII. Et si nous l'appelons ainsi c'est que, depuis la discussion soulevée, cette année, par Michaux (1) à la Société de chi-

1. Michaux. Périsigmoïdite. Soc. de chir., mars-avril 1906.

rurgie, il semble encore que l'accord ne soit pas fait.

Ainsi que Lejars (1) l'avait déjà démontré, il faut séparer l'appendicite des sigmoïdites vraies et des périsigmoïdites développées dans le méso-sigmoïde. Tous ces points ont été bien étudiés récemment par Saillant (2) dans sa thèse qui est une excellente mise au point actuelle de ces faits.

Notre cas, comme on peut le voir, évolua de la façon suivante : Crise d'appendicite type, disparition de tout symptôme local, mais persistance de la douleur et *parésie vésicale* accentuée, marche vers la superficie du pus collecté à gauche.

Appendicite pelvienne et iléo-pelvienne.

Nous en avons trois cas ; c'est une fréquence relativement élevée ; plus d'un dixième de la totalité de nos cas.

L'appendice, rarement rectiligne chez l'enfant, présentant une longueur de 7 cm. 1/2 environ, peut occuper des situations très diverses (3). Quand il est descendant, il croise le psoas et s'engage dans le petit bassin où il se met en rapport avec les organes de cette cavité. Dix fois sur cent Vallée a trouvé l'appendice pelvien ; Tuffier et Jeanne donnent le chiffre de 30, 7 0 0 et Roc-

1. Lejars. *Semaine médicale*, 1904.

2. Saillant. Sigmoïdites et périsigmoïdites. *Thèse de Paris*, 1906.

3. Vallée. *Thèse*, *Paris*, 1900. Situation du cæcum et de l'appendice chez l'enfant.

cher, comparant différentes statistiques, trouve comme moyenne 27, 5 0/0 sans pouvoir affirmer que cela corresponde exactement à la réalité.

Ce siège de l'appendice permet d'expliquer ces formes cliniques assez fréquentes de l'appendicite chez l'enfant. Les différences cliniques sont en rapport avec les signes locaux dus au siège spécial de l'appendice, tandis que les signes généraux traducteurs de l'infection générale restent toujours les mêmes.

Le début est donc presque toujours brusque ; l'enfant jusque-là bien portant est pris tout d'un coup de vomissements alimentaires, bilieux, précédés ou accompagnés d'une douleur abdominale parfois diffuse ou localisée à la fosse iliaque, mais ne présentant pas en tout cas une prédominance très marquée au niveau du point de Mac Burney. La fièvre s'élève, atteint 39°, 39°5, et le facies prend un aspect grippé, fatigué, mais qui n'est pas nettement péritonéal. On peut observer de la diarrhée, due parfois d'ailleurs aux traitements intempestifs prescrits (lavements répétés, purgatifs). Le pouls est rapide, petit, mais bien frappé au début, en concordance avec l'élévation de la température.

Les signes physiques présentent un tableau particulier, surtout lorsque l'appendice est franchement pelvien. On ne trouve pas dans la fosse iliaque, de douleur exquise au point de Mac Burney. Toute la région abdominale est endolorie avec prédominance à la partie droite. La main qui palpe ne perçoit pas de résistance très marquée au niveau de la fosse iliaque droite, et

les jours suivants, la palpation ne révèle ni empâtement, ni fluctuation dans cette région. Le ventre est un peu ballonné, souple et sonore dans la fosse iliaque, de telle sorte que le tableau habituel de l'appendicite n'existe plus. L'appendice enflammé irrite les organes avoisinants; de là des douleurs diverses, et des irradiations douloureuses portant sur l'ovaire, la vessie, le rectum. Tantôt on observe des douleurs au-dessus du pubis, dans l'hypogastre avec des envies fréquentes d'uriner, du ténesme, et quelquefois de la rétention d'urine. Pauchet d'Amiens, chez les petits garçons, a noté souvent une érection de la verge par suite de congestion pelvienne. Jalaguier a hésité plusieurs fois entre une appendicite pelvienne et les douleurs ova riennes qui précèdent l'établissement des règles. L'attention sera fortement attirée vers la cavité pelvienne par tous ces symptômes, ainsi que par les troubles observés du côté du rectum, ténesme, diarrhée avec glaires, et muco-membranes.

En présence de symptômes généraux simulant l'appendicite, que l'attention ait été attirée vers le pelvis par un des signes que nous venons de décrire, ou que les signes d'abcès iliaque fassent défaut, il faut toujours avoir recours au toucher rectal, soit seul, soit combiné au palper abdominal. Le doigt pénétrant dans le rectum, sentira une tuméfaction diffuse en arrière et en haut, ou sur les parties latérales droite ou gauche. Tout le petit bassin pourra être envahi et les organes immobiles, comme fixés dans l'épanchement péritonéal purulent. Parfois à bout de doigt, on arrivera

sur une tuméfaction que le palper abdominal pratiqué simultanément rendra plus sensible.

Lorsqu'il s'agit d'une forme iléo-abdominale, le toucher rectal montrera que le foyer iliaque et le foyer pelvien communiquent ou semblent isolés. Dans ces cas la présence d'un plastron iliaque, l'empâtement de la région pourront masquer le phlegmon pelvien ; celui-ci ne sera trouvé que par l'opération, certains petits signes indiqués par Fauchet n'ayant guère de valeur au point de vue diagnostic, à cause de leur rareté (aspect remonté du ventre, immobilisation de la paroi abdominale dans son segment inférieur).

L'évolution de cette forme d'appendicite repose presque en entier sur ses connexions anatomiques. Il y a en effet des formes dues aux microbes infectants, toxiques, et qui se terminent rapidement par la mort; mais elles ne diffèrent pas au point de vue clinique des formes toxiques, hypertoxiques, hyperinfectieuses de l'appendicite iliaque. Au contraire l'évolution de l'abcès pelvien présente des particularités qui découlent de sa situation et de ses connexions. Le toucher rectal pratiqué tous les jours permet de se rendre compte de son évolution. On peut, au bout de plusieurs jours, sentir une tuméfaction qui d'abord haut située, atteinte seulement à bout de doigt, devient de plus en plus perceptible.

L'abcès collecté peut venir s'ouvrir dans le rectum, d'où ténesme, diarrhée avec pus donnant une véritable débâcle rectale; c'est le cas le plus fréquent; l'ouverture dans la vessie, le vagin sont beaucoup plus rares.

L'abcès pelvien, surtout lorsqu'il communique avec la fosse iliaque, peut s'ouvrir dans le péritoine ou à la paroi abdominale. L'inverse peut aussi s'observer : un abcès iliaque fusant dans le pelvis et s'ouvrant dans le rectum.

Enfin, comme dans toutes les appendicites, il peut survenir des abcès métastatiques et Rocher a recueilli des faits se compliquant de néphrite gauche consécutive à une poussée de cystite, d'abcès du poumon gauche, d'abcès du foie, etc.

Pour ne pas compliquer, nous faisons immédiatement de même que nous l'avons déjà fait pour l'appendicite rétro-cœcale et périsigmoïdienne, le diagnostic de cette forme que nous avons rencontrée, avec une fréquence plus grande qu'on ne la dit chez l'enfant; et nos cas concernent les observations XVII, XX, XXI.

Ainsi que le fait remarquer Rocher dans son excellente étude, le diagnostic d'appendicite pelvienne n'est pas difficile et celle-ci passera rarement inaperçue surtout si l'on a soin de faire le toucher rectal, qui s'impose en présence de phénomènes pelviens (ténesme vésical et rectal, etc.). C'est d'ailleurs avec l'occlusion intestinale, l'invagination si fréquente chez les enfants qu'on pourrait le confondre en raison des vomissements et de l'état du ventre ; mais il est beaucoup plus difficile de préciser exactement le siège du foyer appendiculaire, d'indiquer s'il y en a plusieurs. Les difficultés se présentent au maximum lorsqu'il s'agit d'un abcès pelvien supérieur. C'est encore le toucher rectal qui, bien interprété, permettra d'établir ces localisations, d'en suivre

la marche, de trouver le point perforé, en cas d'ouverture dans le rectum, le vagin, etc.

Le pronostic serait moins bon que dans les formes banales, en raison de sa situation et de sa tendance à s'ouvrir dans les cavités avoisinantes, vessies, rectum. Il en résulte souvent des fistules intarissables, des hémorragies ou une pyohémie entraînant la mort du malade.

Cependant les abcès ouverts spontanément dans le rectum peuvent guérir, surtout lorsqu'on agrandit l'ouverture de la fistule et qu'on draine largement. Tandis que Dormoy (1) les regarde comme peu graves si l'on intervient à temps, Magniez (2) les considèrent comme plus dangereux en raison de leur plus grande difficulté de diagnostic et de traitement. D'après Rocher sur 75 observations, la guérison est survenue 55 fois. On peut dire que le pronostic dépend de la rapidité du diagnostic ; il permet d'établir un traitement approprié et empêche la péritonite de se généraliser, l'ouverture dans les organes voisins et les propagations à distance qui sont une des causes fréquentes de la mort dans cette forme pelvienne ou iléo-pelvienne.

1. Dormoy. Thèse de Lyon, 1897.
2. Magniez. Thèse de Paris, 1902.

DIAGNOSTIC

Nous serons très bref sur ce point que nous avons déjà étudié dans ses parties les plus intéressantes à propos des variétés de siège. D'autre part, chez l'enfant, le diagnostic d'appendicite est beaucoup plus facile que chez l'adulte, car les affections auxquelles on peut songer chez lui sont en nombre limité.

Mettant de côté *l'occlusion et l'invagination intestinales*, de diagnostic identique chez l'enfant et l'adulte, peuvent simuler et simulent l'appendicite :

1° Les péritonites aiguës d'autre origine, pneumococcique ou autres.

2° Le point appendiculaire des affections pulmonaires.

3° La fièvre typhoïde.

Tels sont les trois principaux diagnostics auxquels on a affaire généralement ; et il est juste de dire que chez l'enfant, il est rare qu'on se trompe par défaut, mais bien plus par excès ; on diagnostique appendicite alors qu'elle n'existe pas.

Cependant, règle générale, le diagnostic est facile.

Il est pourtant des faits d'une réelle difficulté ; et nous pouvons rapporter le cas suivant (1) : Un enfant arrive l'après-midi à Trousseau avec le diagnostic formel du médecin : appendicite. L'interne de garde qui le vit à ce moment nous dit le lendemain, qu'après avoir hésité, il rejeta l'hypothèse d'appendicite, inclina, avec réserves, vers la dothiénentérie, et finalement s'arrêta au diagnostic d'ostéomyélite probable de l'extrémité supérieure du fémur. Si extraordinaire que cela paraisse, pendant plusieurs jours cet enfant dérouta et médecins et chirurgiens.

L'hypothèse de dothiénentérie, acceptée un moment, fut rejetée après que le séro-diagnostic eût été négatif et que l'examen du sang eût montré une formule en rapport avec la formation d'un foyer suppuré. Passant sur tous les incidents de l'histoire de ce malade, disons seulement qu'il dut être traité simultanément pour une appendicite pour laquelle il fut opéré, et pour une *coxalgie* pour laquelle il était encore hospitalisé au commencement de cette année.

Des difficultés de cet ordre sont insurmontables ; aussi nous ne nous arrêterons qu'aux trois diagnostics courants en pathologie infantile.

1° Diagnostic avec les autres péritonites.

Le type nous en est fourni par les péritonites à pneu-

1. Nous ne donnons pas son observation en détail, celle-ci doit être publiée ultérieurement.

mocoques ; le diagnostic ne laisse pas d'être d'une certaine importance, puisque, d'après les récentes discussions de la Société de pédiatrie, tout le monde, chirurgiens en tête (1) s'opposent à la laparotomie. C'est très bien quand on a des commémoratifs, pneumonie ou infection à pneumocoque antérieure ; sinon, il faudra fouiller les signes.

« Souvent la matité sera absolue en avant sur une certaine hauteur, car en général ces péritonites ne sont pas vraiment généralisées, mais la poche purulente est située en avant des anses intestinales qu'elle refoule vers la colonne vertébrale et les fosses lombaires. La laparotomie a bien montré ces caractères, ainsi que ceux du pus, franc, phlegmoneux, renfermant des amas fibrineux. Enfin dans ces formes de péritonite généralisée sans perforation on rencontre souvent de la diarrhée ; la suppression, des matières et des gaz, lorsqu'elle existe, n'est pas absolue et s'établit peu à peu. » (Siron) (2).

Dans certains cas, l'évolution par l'ouverture à l'ombilic fera faire le diagnostic ; pas toujours cependant ; et nous avons eu l'occasion de voir le contraire.

Des péritonites à pneumocoques, nous rapprochons les autres péritonites de l'enfance, c'est-à-dire, surtout chez les filles, les péritonites à point de départ vulvaire, gonococciques (le plus souvent) ou non.

1. Broca. Société de Pédiatrie, 1904.
2. Siron. *Thèse de Paris* 1898.

Notre observation XIX doit-elle être rangée dans cette catégorie?

Dans ces cas on pourrait peut-être être autorisé, en cas de doute complet, à faire une ponction exploratrice. C'est ce qui a été fait dans l'un de nos cas ; le résultat fut l'ensemencement de la paroi et la formation d'un abcès à son niveau.

2° Diagnostic avec le point appendiculaire des pneumopathies

Causes d'erreurs continuelles en pathologie infantile, ces faits font souvent le sujet de discussions à la Société de pédiatrie où l'on s'efforce d'étudier les points appendiculaires, ou pseudo-appendicites.

L'interprétation en est très discutée. ; certains auteurs (Lemé) soutiennent qu'il peut y avoir une altération microscopique de l'appendice.

Quoi qu'il en soit, au cours des pneumopathies, la pseudo-appendicite peut se présenter sous deux formes : ou le simple point appendiculaire ou la pseudo-péritonite

Ces faits sont très souvent rencontrés, et l'erreur souvent commise ; deux fois, à Trousseau de simples points pseudo-appendiculaires furent reçus d'urgence en chirurgie. En voici les observations :

Observation III (*Très résumée*).

L... Maria, envoyée d'urgence le 13 février par le médecin. Point appendiculaire typique, reçue en chirurgie. C'est un point

abdominal au début d'une affection pulmonaire. Passée en médecine le lendemain.

Observation IV

B... Lucienne, 5 ans. Entre le 11 avril 1906, à l'hôpital Trousseau.

Rien dans les antécédents, si ce n'est une rougeole à 3 ans 1/2.

La crise actuelle a débuté le 10 avril à midi par de violentes coliques. Quelques instants après, l'enfant a vomi son déjeuner. Selles avec lavement.

Vers 8 h. 1/2, vomissement muqueux, puis bilieux. Ces vomissements se répètent le lendemain à 5 heures du matin.

L'enfant est vue par un médecin qui diagnostique une appendicite et envoie l'enfant à l'hôpital, où elle arrive dans la soirée. Température: 39°6 à l'entrée. L'enfant tousse un peu; cette toux, au dire de la mère, dure depuis trois semaines à la suite d'une grippe.

Le lendemain, à la visite, on trouve le ventre absolument souple à gauche moins à droite; là l'exploration réveille de la douleur dans une petite zone autour du point de Mac Burney ; mais, avec de la patience et en faisant respirer profondément l'enfant, on arrive à vaincre la résistance musculaire, et on explore facilement le fond de la fosse iliaque où il n'y a rien.

A l'auscultation des poumons, on trouve un gros souffle de pneumonie. Et l'on fait passer immédiatement l'enfant en médecine.

Jusqu'à présent, nous n'avions de simulée qu'une appendicite légère. Voici maintenant copié, au début d'une pneumonie, et copié trait pour trait le tableau d'une péritonite grave — si grave que, bien que l'affection

pulmonaire fût dûment reconnue, on n'hésite pas à opérer.

Ce cas, qui est relaté dans l'observation V sous-jacente, se présente quelquefois; nous voyons, en effet, rapporté un cas analogue dans la thèse de Siron. « Dernièrement, malgré une très légère congestion de la base du poumon droit, l'ensemble des symptômes graves, avec point de Mac Burney très net et vomissements bilieux, on faisait la laparotomie pour péritonite généralisée, sans que l'on trouvât rien dans l'abdomen, chez un jeune enfant, chez qui deux jours après, le diagnostic de pneumonie droite devenait évident.

Voici maintenant notre très intéressante observation.

Observation V

G..., Alice, 12 ans 1/2. Malade entrée le 16 avril dans le service.

Début hier par des vomissements et des douleurs abdominales droites. Le médecin qui la voit pose le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée et l'envoie immédiatement à l'hôpital.

A son entrée, la température est de 40°4; l'état général n'est pas trop mauvais; la langue est humide; il y a une grande résistance abdominale, de la douleur généralisée, sans maximum net.

A l'auscultation du poumon droit on entend un souffle. La présence de ce symptôme, et malgré l'apparence absolument péritonéale de l'abdomen, on n'intervient pas et on prescrit des enveloppements froids.

Le lendemain, 16 février. — Le syndrome pulmonaire et le syndrome péritonéal se sont accentués l'un et l'autre.

Du côté du poumon droit, on entend à la partie muqueuse un gros souffle pneumonique ; de l'herpès labial est apparu. La malade expectore quelques crachats rouillés.

Du côté de l'abdomen, on trouve du ballonnement, une grande résistance, moins marquée cependant à gauche, de la douleur à la pression.

La température est à 40°, le pouls à 120, irrégulier ; la langue est humide, mais saburrale ; il y a une cyanose assez marquée de la face.

Malgré l'évidence des symptômes pulmonaires, malgré la possibilité connue de réaction abdominale ou appendiculaire au cours d'une plegmasie pulmonaire, l'évidence du syndrome péritonéo-appendiculaire est telle qu'on juge les vingt-quatre heures d'attente suffisantes et que l'interne du service pense qu'il faut opérer sans plus tarder. M. le Dr Bardet, qui remplace à ce moment le Dr Rieffel, confirme d'une manière absolue cette ligne de conduite.

Opération ordinaire par le procédé de Roux. On ne trouve absolument rien ni à l'appendice, ni au péritoine, ni à l'intestin. Pendant qu'on tient l'appendice on le résèque ; enfouissement. L'appendice enlevé est, à l'examen, on ne peut plus sain.

Pansement. — Enveloppements froids du thorax. Sérum.

Les jours suivants. — La pneumonie d'une certaine intensité, continue à évoluer normalement. Les phénomènes péritonéaux ont disparu le lendemain. La cicatrisation de la plaie se fait rapidement.

Le sixième jour de son entrée, la température a atteint la normale, et l'enfant se remit rapidement.

Quoique l'intervention n'aie rien montré du côté de l'abdomen, il faut noter la sédation immédiate du syndrome péritonéal après l'intervention.

L'enfant sort complètement guérie dans la deuxième semaine de mai.

L'examen macroscopique, pratiqué par M. Broc, interne des hôpitaux, n'a absolument rien montré d'anormal.

De ces faits, il convient de rapprocher les pseudo-appendicites signalées au cours d'autres affections sur d'autres organes. Célos, dans sa thèse, a rapporté l'histoire d'un malade opéré d'urgence pour appendicite alors qu'il s'agissait de *diphtérie*.

3° Diagnostic avec la fièvre typhoïde

On peut diagnostiquer fièvre typhoïde alors qu'il s'agit d'appendicite.

Parmi nos observations, se trouve justement le cas d'un malade envoyé ainsi en médecine et qui fut loin de bénéficier de la période de tâtonnements du diagnostic.

Plus fréquemment on diagnostique chez l'enfant appendicite alors qu'il s'agit de typhoïde. En dehors des cas où l'on se trompe sur l'interprétation des symptômes, il existe bien réellement des cas de typhoïde à début appendiculaire ; Simon (1) en a publié une belle observation. Tantôt dans ces cas l'appendice est sain, tantôt il s'agit d'une appendicite spécifique à bacilles d'Eberth (Guinard) (2).

Tels sont les différents points du diagnostic que nous voulons étudier. Sans doute, certaines erreurs donnent à réfléchir et retardent un peu la main impatiente et le

1. Simon. Société de Pédiatrie, 15 mars 1904.
2. Guinard. Société de Chirurgie, 1902.

couteau intempestif. Cependant si vraiment c'était une appendicite ! Nous croyons que dans ce cas il ne faut pas hésiter, non pas à opérer, ce qui dépendra du cas, mais à diagnostiquer l'appendicite qui doit bénéficier du doute, et à se comporter comme si ce diagnostic était ferme. Tout compte fait, le bénéfice restera acquis à la thérapeutique hardie plutôt qu'à l'expectation timide.

TRAITEMENT

Nous aurions voulu pouvoir, comme conclusion à cette étude, donner des règles sur la conduite à tenir en présence d'une forme grave d'appendicite. Nous devons avouer que c'est là une tâche au-dessus de nos forces; et puis les idées personnelles que nous avions sur ce point avant d'avoir cherché un peu de tout côté la conduite des maîtres, nous sont alors apparues en contradiction avec la manière de faire du jour ; et, à notre étonnement, nous vîmes que nous étions retardataires.

En effet, depuis que les grandes polémiques entre interventionnistes systématiques et abstentionnistes systématiques se sont espacées, depuis qu'une conduite systématique cesse elle-même d'être généralement appliquée, depuis que, enfin, généralement tout chirurgien s'adapte au cas particulier, cette phase de l'histoire thérapeutique s'en est trouvée suivie de deux autres :

1°) Phase éclectique, mais avec tendance opératoire, même après les trente-six premières heures. Ce fut la manière de Routier, qu'on retrouve dans les thèses de

ses élèves, notamment celle de Siron. Ce fut la tendance de la fin du dernier siècle. C'est cette impression que les faits observés nous avait donnée.

2°) Depuis quelques années, cinq environ, l'éclectisme règne toujours, mais avec une tendance non opératoire, les trente six premières heures exceptées. C'est l'expression de cette idée que l'on trouve dans la brillante thèse de Mahar (1904). C'est celle de Broca en ce qui concerne plus spécialement l'enfant.

Broca (1) résumait ainsi l'état de choses :

Tous les chirurgiens sont d'accord pour opérer les abcès enkystés, et les péritonites généralisée septiques ou suppurées.

En outre deux points restaient en litige.

1° Faut-il opérer un malade atteint d'une crise aiguë n'ayant pas encore abouti à l'abcès collecté, cliniquement appréciable ?

2° L'opération étant décidée, faut-il aller à la recherche de l'appendice, et ne s'en aller qu'après l'avoir enlevé ?

Or, actuellement, il semble que la tendance opératoire soit encore moins grande. Dans certains services, il paraît que l'on opère de moins en moins, même dans les formes généralisées ; et les succès seraient tout aussi nombreux qu'avec toute autre manière de faire. Et puis, il est de règle que, lorsqu'on opère, on doive faire le minimum de dégâts : ouvrir rapidement, cueillir l'appen-

1. Broca. L'appendicite. Paris, 1900.

dice s'il est entre les lèvres de la plaie, ne rien chercher, ne rien déchirer, drainer et panser.

C'est également ce que préconise maintenant Broca dans sa communication, à la Société de pédiatrie de Londres, 18 novembe 1906 mais toutefois avec une tendance opératoire plus nette.

Or, cette manière de faire, dont nous ne discutons pas le moins du monde le résultat nous surprend, et c'est en cela que nous devons être retardataire, car il nous semble logique :

1° D'intervenir dans les péritonites généralisées purulentes ou putrides, dans tous les cas où le malade est en proie à l'intoxication pour supprimer la source des toxines (l'appendice), vider le péritoine de son contenu septique (encore que Delbet lui ait trouvé quelques propriétés curatives), enfin de transformer la plaie, au moyen du drainage, en une sorte d'émonctoire.

2° D'ouvrir les abcès collectés péri-appendiculaires, au même titre que n'importe quel abcès ;

3° En cas d'abcès non collecté, il est difficile d'être systématique ; mais deux cas désastreux, dont un surtout (obs. XII), nous montrent qu'il ne faut pas essayer outre mesure du refroidissement et qu'un seul symptôme d'alarme, un seul, doit faire songer à prendre le bistouri.

4° Qu'il est nuisible en effet, de faire chez des malades déjà affaiblis, des manœuvres qui prolongent l'opération, et qui, traumatisant le péritoine, l'amoindrissent, en rupturant en même temps les adhérences protectrices s''il y en a.

Une recherche douce, peu prolongée, dans le voisinage de la plaie opératoire ne peut avoir que des bénéfices si elle a pour résultat d'avoir à la fin de l'opération, l'appendice perforé sphacelé, gangrené, dans la main et non dans le ventre du malade.

Quant aux indications opératoires en général, elles sont bien connues, puisque ce sont toutes les expressions de l'hyperintoxication et de la généralisation : vomissements verts ou fécaloïdes, diffusion de la douleur et de l'hyperesthésie à gauche. Enfin surtout l'état général et la dissociation de la température et du pouls.

Ce dernier élément mérite quelquefois d'être précisé chez l'enfant, comme nous allons le voir :

Observation VI

A... Odette, 13 ans 1/2, entre le 10 mars 1906 dans le service du Dr Rieffel.

Cette enfant née à terme, élevée au biberon, a eu la rougeole à 2 ans 1/2, la coqueluche à 5 ans.

Depuis l'âge de 2 ans, l'enfant est très constipée, et ne va à la selle que par lavements.

Dans la matinée du 28 février, c'est-à-dire, il y a dix jours, l'enfant s'est plainte de douleurs dans le ventre du côté droit ; en même temps elle a eu deux vomissements alimentaires.

On met l'enfant au lit pendant deux jours ; puis les douleurs se calmant, on la fait aller en classe.

Au bout de dix jours, nouvelles crises de douleurs qui décident les parents à l'amener à l'hôpital.

Pendant toute cette période les selles ont été rares et peu

abondantes ; aussi a-t-on administré à la malade de nombreux lavements et une purge à son entrée à l'hôpital.

A son arrivée dans le service, on trouve la figure de l'enfant un peu fatiguée ; mais la langue est humide et l'ensemble de l'état général donne une bonne impression, quoiqu'il y ait une légère discordance entre la fièvre (37°8) et le pouls (128).

Le pronostic est confirmé par l'examen de l'abdomen ; on trouve une douleur dans une grande partie de la fosse iliaque droite, avec maximum au point de Marc Burney. La palpation est rendue difficile par la résistance musculaire, mais cette résistance n'est pas absolument invincible, en faisant respirer profondément la malade ; il ne semble pas alors qu'il y ait d'empâtement profond ; pas de matité.

Du côté gauche souplesse et indolence absolue.

Traitement : Glace. Diète.

Les *jours suivants*, la température est revenue à la normale très rapidement et s'y maintient ; il n'y aurait au contraire à signaler ce fait qu'elle est descendue dès le troisième jour pour atteindre *36°*, le quatrième jour.

(Il est probable qu'il s'est agi là d'un début très léger d'inanition, car dès l'admînistration — prudente bien entendu — du lait, la température s'est mise à s'élever).

Le pouls a suivi la marche de la température, à peu de chose près.

L'enfant est sortie en bon état, le 20 mars, sur la demande de ses parents.

Cette observation ne semble pas devoir *à priori* rentrer dans notre sujet ; mais nous avons tenu à la rapporter comme un exemple de ces cas assez fréquents, qui, sans paraître devoir rentrer d'emblée dans les formes à refroidir, n'appartiennent pas non plus aux formes

graves où la question de l'intervention se pose immédiatement.

Sans doute, à ne considérer que l'ensemble des phénomènes, abstraction faite de la température et du pouls, le pronostic était tout à fait rassurant ; au contraire à ne consulter que la feuille de température et du pouls, la discordance éveillait quelque inquiétude. Mais en présence des deux symdromes contradictoires quelle conduite tenir ? Sans doute l'impression est bonne, mais immédiatement reviennent à la mémoire les cas paraissant bons au début, et où il a fallu opérer le lendemain ou les jours suivants, en présence d'une aggravation subite. D'autre part, l'intégrité relative de la fosse iliaque n'est peut-être qu'apparente et n'aura-t-on pas bientôt la surprise désagréable de constater une forme anormale, ainsi que nous l'avons vu à propos d'un de nos cas d'appendicite pelvienne.

Dans des cas très difficiles, comme celui que nous rapportons, il faut évidemment se laisser guider à la fois par le bon aspect du malade, joint au résultat des constatations locales et au peu d'élévation de la température. Quant à l'accélération du pouls, opposée à la température, évidemment elle donne à réfléchir, mais ce symptôme discordant isolé ne suffit pas toujours à lui seul. Il faut rechercher alors s'il n'est pas dû à l'émotivité du malade, ou aux fatigues du transport ; et, pour s'en assurer il faudra prendre le pouls à plusieurs reprises et à des intervalles plus ou moins espacés. Si, malgré toutes ces précautions, la discordance, quoique pas très grande, apparaît bien réelle comme dans le cas dont

nous nous occupons, il faudra exercer une surveillance des plus rigoureuses pour être prêt dès la première alerte.

Toutes nos appendicites opérées à chaud l'ont été par la méthode de Roux, plus ou moins modifiée ; c'est évidemment celle qui donne le plus de marge.

La grande difficulté qui nous est apparue est celle d'assurer le drainage, et nous avons nettement la sensation que deux ou trois malades sont morts, alors qu'ils avaient immédiatement bénéficié de l'intervention, et uniquement parce que le drainage avait été particulièrement difficile à établir. Il nous a paru qu'il fallait mettre en œuvre le plus possible la capillarité : autour des drains, gros et multipliés dans différentes directions, mettre des compresses de gaze qui *aspireront* les liquides abdominaux, et par dessus, recouvrir de compresses *humides* pour aider à la capillarité.

Même manière de faire au cours des pansements ultérieurs, en ayant bien soin d'éviter la rétention de pus en arrière du drain : cette rétention, très facile, peut parfois nécessiter une nouvelle opération (obs. XXVIII).

Les idées que nous émettons sont basées sur les observations qui vont suivre. On y verra quatre appendicites graves refroidies avec quatre succès (mais au prix de quels soucis dans certains cas) ; il est juste de dire que l'altération de l'état général n'était pas comparable à d'autres cas ; et nous resterons toujours fortement impressionnés par deux ou trois cas à refroidir et qui s'aggravèrent brusquement.

Les interventions pratiquées sont au nombre de dix-

sept ; nous n'avons pas besoin de dire l'état dans lequel ces enfants furent amenés pour la plupart. Sur ces dix-sept opérations, huit sont morts, tant par intoxication préalable trop considérable, que par impossibilité de drainage utile ; soit une mortalité de 50 0/0 sur les appendicites opérées, de 33 0 0 sur la totalité des appendicites *graves*.

Ces chiffres formidables concordent à peu près avec toutes les statistiques de l'appendicite grave infantile, et ils expliquent suffisamment pourquoi cette maladie effrayante entraîne chaque jour de nouvelles formules thérapeutiques, et nécessite encore des travaux nombreux pour être définitivement élucidée.

OBSERVATIONS

Observation VII

B... Marthe, 14 ans 1/2. Entre le 16 janvier 1906.

Antécédents. — Tousse l'hiver. Coqueluche à 5 ans. Rougeole à 10 ans. Ictère léger et passager il y a trois mois (?).

Histoire de la maladie. — L'enfant a commencé à se plaindre il y a une huitaine (9 janvier), pour la première fois ; puis les phénomènes se sont à peu près calmés; pas de vomissements à ce moment là, ni de constipation. Le vendredi soir 12 janvier, elle se plaint d'une douleur violente dans le côté droit et la partie inférieure du ventre. Le samedi 13, vomissements alimentaires. Le lendemain, le médecin prescrit une purgation et des enveloppements chauds. Le lundi matin, les douleurs sont très vives dans tout le ventre. Diète du 13 au 16 janvier.

A son entrée. — L'enfant n'a pas uriné depuis vingt-quatre heures et on est obligé de la sonder.

La langue est sèche et sale. Le facies est grippé, mais le teint est plutôt pâle que terreux, le pouls régulier bat à 112, la température est de 38°, l'enfant très fatiguée répond à peine aux questions.

Le ventre globuleux au premier abord reste simplement légèrement ballonné une fois la malade sondée. Cependant à la palpation, pas de défense prononcée de la paroi, pas d'hyperesthésie. La douleur réveillée par la pression est très limitée au niveau du point de Mac Burney et autour de lui.

En somme, le syndrome présenté par la malade peut se résu-

mer ainsi : pas de fièvre, pas de réaction locale, état général sérieux.

On se trouve très embarrassé au point de vue de la conduite à tenir. On décide de surveiller tout d'abord la malade.

Les jours suivants, amélioration progressive et légère mais toujours cette apparence grave de l'état général, contrastant avec l'état local et l'absence de température. On songe alors soit à une appendicite tuberculeuse, soit à une tuberculose du péritoine au début, mais en somme tout diagnostic reste très réservé.

L'enfant est passée au pavillon Guérin le 8 février, on l'opère le 9 et l'enfant sort guérie le 20 février 1906. L'appendice était simplement un peu gros, légèrement adhérent.

Observation VIII

R... Suzanne, 10 ans 1/2. Entre le 23 janvier 1906.

La malade a été prise, il y a six jours, de douleurs violentes dans le côté droit du ventre, vomissements le deuxième jour.

Le médecin appelé hier seulement, conseille le transport à l'hôpital et en attendant fait mettre de la glace.

A son entrée. — La température est de 39°2 ; le pouls est à 120 mais régulier ; le facies est un peu grippé, la langue assez humide. Depuis trois jours, il n'y a pas eu de garde-robes.

L'enfant localise sa douleur dans la région ombilicale et dans toute la fosse iliaque droite ; à l'inspection, on constate dans cette région un ballonnement très modéré. La douleur à la palpation est très vive dans cette région, surtout latéralement; de même l'empâtement que l'on perçoit, grâce au peu d'intensité de la contracture, est surtout latéral et se prolonge en arrière du côté de la région lombaire où l'examen provoque également une réaction douloureuse assez vive.

On trouve de la matité dans les mêmes régions. La fosse iliaque gauche est souple et à peine douloureuse.

Opération le jour même, 23 janvier.

On trouve une assez grande quantité de pus franc derrière le cœcum et remontant très haut.

En avant et latéralement le cœcum est agglutiné aux anses intestinales et à l'épiploon ; l'appendice n'est pas aperçu et par conséquent est laissé en place.

Drainage large. Pansement.

24 janvier. — La température est à 37°8, le pouls à 104, la langue est humide et l'état général est considérablement amélioré.

Température du soir 38°.

Les jours suivants. — La température oscille entre 37° et 37°6 ; l'enfant va tout à fait bien ; localement, il y a une suppuration abondante.

Vers le onzième jour, la malade fait une poussée thermique en rapport avec une légère rétention de pus en arrière des drains et qui cède dès le drainage convenablement rétabli.

Observation IX (*Résumée*).

G..., Firmin, 9 ans.

Début et symptomatologie classiques. État général très sérieux.

Opéré le 25 janvier 1906.

Dès l'ouverture du péritoine, écoulement de liquide séro-purulent mal lié ; quantité : un demi verre environ. On trouve quelques agglutinations entre le cœcum et les anses. L'appendice est collé contre la fosse iliaque ; il est un peu bas, coudé. Son extrémité dirigée en dedans, il est amené sans difficultés. Il est gros, recouvert d'adhérences et présente trois perforations. Drainage.

27 janvier. — Météorisme, pas de gaz, cependant état général assez bon. En faisant le pansement, il semble que le drainage soit insuffisant. On fait sauter deux points de suture. De la fosse iliaque, il s'échappe du liquide séreux et à la partie supérieure

un liquide séro-purulent; par la plaie on aperçoit les anses fortement météorisées. Nouveau drainage.

28 janvier. — Les phénomènes de parésie intestinale persistent ; apparition de vomissements fécaloïdes.

Les parents emmènent le malade presque mourant.

Observation X

P..., Albert, 14 ans. Entré le 5 février 1906, pavillon Verneuil, dans le service de M. Rieffel.

Enfant malade depuis le 2 février. Ce jour-là il a ressenti des douleurs très vives dans le ventre.

Les vomissements ont commencé très abondants; les douleurs ont été continues depuis le début empêchant tout sommeil; pas de selles depuis le début de la maladie. C'est ce matin seulement que les parents ont fait appeler le médecin; celui-ci diagnostique appendicite et fait conduire l'enfant à l'hôpital où il arrive à deux heures de l'après-midi.

Antécédents. — Fluxion de poitrine, variole, rougeole, phénomènes méningitiques (?).

État actuel. — Examiné dès son arrivée, l'enfant présente les symptômes suivants :

L'état général est très sérieux, le facies est grippé au plus haut point, le front est couvert de sueurs, le nez et les extrémités sont froides, la langue sèche et le malade accuse une soif ardente.

Le thermomètre marque 39° ; le pouls faible et difficilement comptable bat au-dessus de 130.

Le ventre est ballonné et très sensible, la paroi est hyperesthésiée non seulement à droite, mais à gauche ; le plus léger attouchement provoque une douleur exquise sans qu'il soit possible de dire qu'elle est plus marquée en un point qu'en un autre. Aussi la palpation est-elle impossible, de même la percus-

sion ; cependant on peut la pratiquer très légèrement dans les flancs où l'on trouve ainsi de la matité.

On décide d'intervenir immédiatement.

Opération à 3 heures de l'après-midi.

Incision de Roux ; dès l'ouverture du péritoine, il sort une grande quantité de liquide sale et fétide. On trouve assez aisément l'appendice, il n'est que très peu adhérent. On l'extirpe ; en l'examinant on voit qu'il est perforé et gangrené sur une assez grande étendue de sa portion terminale.

Drainage, pansement, 500 grammes de sérum.

Les jours suivants. — La courbe thermique tombe régulièrement pour osciller entre 37°2 et 37°4 le troisième et le quatrième jour.

Le pouls descend également et devient meilleur, frappé et régulier. L'état général se relève, le facies encore un peu pincé, quoique beaucoup moins qu'à l'entrée, le lendemain de l'opération s'amende peu à peu. Néanmoins cette amélioration n'est pas absolument franche ni brusque ; il y a comme une certaine hésitation dans le retour à la normale, que traduit bien l'apparition d'un léger subictère le deuxième et le troisième jour, et la fatigue assez marquée du malade à la fin de la journée, symptômes qui ne laissent pas d'inspirer quelque inquiétude ; injections de sérum à plusieurs reprises.

A partir du cinquième jour.— Le malade semble à peu près hors d'affaire, lorsque le soir du cinquième jour, la température qui était de 37°4 le matin monte brusquement à 38°4 ; cette élévation semble pouvoir être rapportée à la constipation ; en effet le malade n'a pas eu de selles depuis son opération et dit éprouver de petites coliques, et le pansement fait le matin même n'a rien révélé d'anormal. En conséquence, on ordonne un lavement qui amène une garde-robe.

Malgré cela, le lendemain, c'est-à-dire le sixième jour, la température reste à 38° le matin et fait une ascension le soir à 39°4, en même temps, le ventre se ballonne légèrement. On examine avec soin la plaie et on découvre à sa partie inférieure

un foyer de rétention de pus, non drainé, situé en bas et en dehors des drains; on établit un drainage approprié et dès lors, en deux jours, la température retombe autour de 37°.

Dès ce moment, le malade se rétablit rapidement et sort guéri le 25 mars.

Observation XI

S... Louis, 9 ans.

Aucun antécédent, les parents son bien portants, trois frères sont bien portants, lui-même n'a jamais été malade jusqu'à présent.

C'est mercredi dernier, 7 février, c'est-à-dire, il y a trois jours qu'il a commencé à ressentir mal à l'estomac et au ventre; les douleurs ont été, paraît-il, très vives. Dès ce moment, s'établit une constipation absolue qui persiste jusqu'à son entrée dans le service. A aucun moment, il n'y a eu de vomissements, de quelque nature que ce soit.

Fait exceptionnel, on ne lui a administré ni purgatif ni lavement; par contre on lui a donné quelques aliments.

Devant la persistance des douleurs, les parents se décident à nous l'amener le 10 février, dans l'après-midi.

10 *février*. — Le malade examiné à la contre-visite, présente une température de 38°7, le pouls est à 124, mais il est régulier et bien frappé, la langue est humide, le facies pas trop mauvais.

Localement, malgré la contracture, on sent nettement un plastron avec douleur modérée à l'examen de la fosse iliaque droite; elle y reste d'ailleurs cantonnée, ne s'étend point à gauche où la paroi n'est nullement contracturée.

En somme, l'examen indique qu'il s'agit tout à fait d'un cas à refroidir et pas un instant ou ne songe à intervenir.

Glace, diète.

11 *février*. — Ce matin, changement complet et stupéfiant; le malade est profondément intoxiqué; le pouls ultra-rapide et

incomptable est plus irrégulier et filant pendant que la température a fait une chute à 37°6.

La figure est pincée, les yeux cernés, le nez froid, les extrémités glacées ; la langue cependant n'est pas sèche. Le facies présente un cachet péritonéal acccentué de mauvais augure ; l'état général est grave, on a la sensation que le malade est perdu.

Avant d'intervenir, on tâche de le remonter avec de la caféine, de l'éther, 500 grammes de sérum.

Opération. — Incision de Roux. On tombe d'emblée sur l'appendice gros, sphacélé, à découvert en avant, avec en dedans de lui l'épiploon épaissi, tassé, mais non adhérent. Il semble tout indiqué de l'enlever; en cherchant à le faire, on constate qu'il est adhérent quelque peu en arrière à la paroi et peut-être un peu plus en dehors du cæcum.

Pendant l'ablation, il sort un demi-verre à liqueur de pus fétide. L'appendice enlevé présente du sphacèle visqueux vers son extrémité.

Drainage, pansement, sérum, caféine, éther.

A la contre-visite, le malade a 40°, son pouls est incomptable, il a toute sa connaissance, mais il est au plus mal.

Mort à minuit.

Observation XII

B... Émile, 12 ans 1/2. Entre le 8 février à l'hôpital Trousseau, le soir ; à son entrée, il a 39°4 de température; vu à ce moment par l'interne de garde qui ne juge pas une intervention utile, car l'état général est excellent. Glace.

Le 9 février 1906. — A la visite du matin, le thermomètre est descendu à 38°2, le pouls bat à 100 bien frappé, régulier, même cette excellence surprend quelque peu.

L'état général est on ne peut meilleur; la figure est tout à fait bonne et le malade a passé une nuit calme.

Le malade accuse des douleurs latéralement et en arrière

dans la fosse lombaire ; et en effet à l'examen c'est dans ces régions qu'on les provoque le plus ; en outre toute la fosse lombaire est empâtée ; elle ne bombe cependant point ; pourtant l'examen à jour frisant et la palpation rendent compte du manque de souplesse et de la plénitude de la fosse lombaire droite, qui se remarquent encore plus par la comparaison avec la fosse lombaire gauche.

Aussi un des externes pose-t-il le diagnostic de phlegmon périnéphrétique ; mais, après une légère hésitation, ce diagnostic est définitivement éliminé parce que la douleur et l'empâtement tournent en avant vers la fosse iliaque qu'ils occupent presque tout entière, et l'examen local donne bien la sensation d'une collection intra-péritonéale. D'ailleurs l'histoire du malade est plutôt en faveur d'une appendicite que d'un phlegmon périnéphrétique.

En effet, celui-ci est malade depuis une huitaine ; les douleurs ont débuté du côté droit, pendant qu'il jouait à l'école ; rentré chez lui, on le couche, les douleurs augmentent d'intensité : le lendemain on lui administre un purgatif qu'il rend ; un médecin appelé le surlendemain diagnostique appendicite et fait appliquer de la glace. Depuis ce moment l'enfant n'a pas eu de garde robe.

10 *février* 1906. — La température qui hier soir était descendue à 37°8 tombe ce matin à 36°8 ; pouls 96, toujours bon état général et mêmes symptômes locaux. Le soir rien à signaler sauf que la température est montée à 37°4.

Le 11 *et le* 12 *février.* — La température se maintient autour de 37°4 matin et soir. Le malade va toujours bien, la douleur à l'examen diminue.

13 *février.* — Température du matin 37°7, on laisse prendre au malade une très petite quantité de lait. Le soir, brusquement, le thermomètre monte à 38°5 ; mais il n'y a aucune modification de l'état général. On supprime le lait et on ordonne un lavement, car l'enfant a envie et n'est pas allé à la selle depuis longtemps.

14 *février*. — Le matin même température, 38°4, mais maintenant, l'état général s'est profondément altéré, le facies est grippé, la langue sèche, la douleur en avant dans la fosse iliaque et en arrière dans la fosse lombaire est redevenue très vive. A noter ce fait que le ventre est *rétracté*.

M. Rieffel est d'avis d'opérer immédiatement.

Opération. — On fait une incision un peu plus latérale que d'habitude pour pouvoir faire porter plus facilement l'exploration en arrière, ainsi qu'on sera certainement obligé de le faire, vu les signes locaux du malade.

L'appendice deux fois coudé sur lui-même est aperçu presque de suite, il est au-dessous de la terminaison du cæcum, entouré en dedans par l'épiploon, adhérent en arrière et en dehors à la paroi. L'exploration donne issue à du liquide louche et fétide ; en arrière du cæcum, il y a une grosse collection dont le contenu est d'aspect plus franc.

On ne cherche pas à enlever l'appendice qui est très adhérent ; il apparaît volumineux, congestionné, sphacélé dans sa moitié terminale.

L'intervention a donné quelque peu de sang, assez pour que l'on soit obligé de faire un tamponnement.

Large drainage, 500 grammes de sérum.

Le soir, l'état n'est pas bon, température 39°4, pouls faible et irrégulier ; 400 grammes de sérum, piqûres réitérées d'huile camphrée et de caféine.

15 *février*. — Même état très grave avec la même température 39°,4, un pouls qui fléchit de plus en plus : en outre apparition d'un subictère même relativement assez accentué. Sérum 500 grammes. Pansement ; malgré le drainage large, les compresses sont assez peu souillées.

Mort dans la nuit du même jour, après avoir présenté le soir une ascension thermique à 41°7.

Observation XIII (*Résumée*).

R... Alfred, 13 ans 1/2. Entre le 17 février 1906, à 9 heures du soir, dans le service de M. Rieffel.

Début jeudi dernier 15 février, c'est-à-dire il y a deux jours, par des vomissements alimentaires puis chocolatés, des douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Le malade a eu une garde-robe hier soir, sa température prise par le médecin à ce moment était de 39°2.

A son entrée, on trouve l'enfant dans un état très grave, la température est de 38°4, le pouls est à 135, filant et régulier. Le facies est plombé, les yeux cernés, cependant la langue est humide. La fosse iliaque gauche est souple ; du côté droit, au contraire, la résistance est très marquée, la douleur très vive. Un léger ballonnement et un peu de matité dans le bas de la fosse iliaque droite complètent la symptomatologie locale.

L'opération est pratiquée d'urgence.

La paroi incisée et le péritoine ouvert, on tombe sur des adhérences considérables masquant tout d'abord l'appendice ; en le décortiquant, on donne issue à gros comme une noisette de pus extrêmement fétide.

L'appendice, très long, deux fois coudé sur lui-même, fait le tour de la pointe du cæcum et son extrémité libre se trouve assez haut sur la face postérieure de ce dernier. Les extrémités sont grosses et congestionnées, sa partie moyenne est sphacélée et friable. Son extirpation est, en somme, assez difficile.

Drainage, sérum.

Le lendemain. — L'état général s'est relevé considérablement et le facies est meilleur, mais la température est à 39°, et en faisant le pansement, on constate que la plaie n'a presque rien donné et que ses bords sont presque secs. Le soir, même état, très légère descente du thermomètre à 38°8.

Le surlendemain, 19 *février.* — Aggravation des phénomènes

généraux, en plus apparition d'ictère, la température est le matin de 38°7, mais est montée le soir à 40°1.

20 *février*. — Température 38°4, pouls filant incomptable l'ictère persiste, la langue est très sèche, l'enfant est dans le subcoma.

Les parents l'emmènent mourant.

Observation XIV

B..., Camille, 9 ans. Entré à Trousseau dans la nuit du 19 au 20 février 1906.

Dans les antécédents, on relève une varicelle et des rhumes. successifs et prolongés. Les parents et son frère sont bien portants.

L'enfant est malade depuis samedi, c'est-à-dire depuis quatre jours. Ce jour, l'enfant a ressenti des douleurs très violentes dans le ventre qui ont redoublé d'intensité avant-hier et hier dans la journée.

Vomissements et constipation.

A son entrée il a 38°9, il est vu par un interne en chirurgie qui ne pense pas qu'il doive être opéré.

20 *février* 1906. — Le matin, le pouls est à 112, irrégulier et peu fort, le facies est légèrement pincé et terreux, la langue humide, le thermomètre marque 37°6.

M. Rieffel décide d'intervenir immédiatement.

Incision de la paroi et du péritoine, la grande cavité n'est pas protégée ; il n'y a pour ainsi dire pas d'adhérences autour de l'appendice qu on trouve facilement. Il est long, gros, congestionné, surtout dans sa portion centrale ; dans sa portion périphérique il est sphacélé et plonge dans du pus dont la quantité peut être évaluée à deux verres à liqueur.

Ablation, drainage, sérum.

L'ouverture de l'appendice suivant sa longueur montre qu'il peut être divisé presque transversalement en deux moitiés: l'une centrale, simplement congestionnée, l'autre périphérique spha-

célée. Cependant, en aucun point, il n'y a pas de perforation complète, la muqueuse restant partout non perforée, bien que, extérieurement, on ait pu croire à l'existence d'une perforation. On est donc intervenu juste à temps pour éviter une perforation complète.

21 *février*. — La température montée hier soir à 38°4 est descendue ce matin de deux dixièmes (38°2) le pouls est à 120, à peu près régulier. L'état de l'enfant n'est pas encore très bon. Sérum. Pansement; il est assez souillé et la plaie n'a pas trop mauvais aspect.

Le soir température : 38°2.

22 *février*. — Le pouls se maintient à 120, la température est tombée à 37°6; cette espèce de dissociation, jointe au peu de rapidité du relèvement de l'état général inspire quelque inquiétude.

Pansement. Sérum.

Température du soir : 37°8.

23 *février*. — Ce matin, pour la première fois, on a la sensation que l'enfant est hors d'affaire. La température et le pouls ont suivi une descente parallèle ; la première est à 37°1 le pouls régulier et bien frappé est à 100.

24 *février et jours suivants*. — La température à 37° 6 le 24 février au matin se maintient à 37°4 pendant quatre jours, atteint ensuite 37° et oscille autour de ce niveau jusqu'à la sortie.

L'enfant se rétablit rapidement et sort guéri le 1er avril 1906.

Observation XV (*résumé*).

B... Eugène. 13 ans. Entre le 20 février 1906 dans l'après-midi, pavillon Verneuil. Le malade présente tous les signes d'une péritonite généralisée; il est vu et opéré immédiatement par M. Villandre interne du service qui a bien voulu nous, remettre à son sujet la note suivante.

Début classique, il y a quatre jours. Cependant une selle diarrhéique hier soir. Actuellement, la langue est un peu sèche, le pouls un peu faible à 112°. Le facies est péritonéal et commence à se gripper. Léger ballonnement à gauche ; à droite, voussure ; la douleur est généralisée, exquise ; dans les fosses iliaques, on trouve de la matité.

L'opération donne issue à une grande quantité de pus qui n'a pas trop mauvais aspect, mais est fétide. On ne peut enlever l'appendice qu'on ne voit pas.

Suites normales : la plaie est complètement cicatrisée le 2 avril. L'enfant est passé ce jour au pavillon Guérin pour être réopéré à froid afin d'extirper son appendice.

Cette deuxième opération a lieu le 5 avril ; on trouve l'appendice perforé, adhérent à l'épiploon et aux parois de la fosse iliaque.

L'enfant sort en bonne voie de guérison le 15 avril 1906.

Observation XVI

B..., Émile, 14 ans. Reçu en médecine le 14 février, l'après-midi. On trouve une température de 37° 8, le malade est passé en chirurgie dans le service de M. Rieffel le 21 février au matin.

Sur son séjour en médecine, nous avons obtenu les renseignements suivants :

C'est la première crise dont se plaint le malade ; elle dure depuis huit jours et, depuis quatre jours, l'enfant n'a pas eu de selles. Pas de vomissements, sauf des vomissements alimentaires, le jour de son entrée à l'hôpital ; ils ne se sont pas reproduits depuis.

A l'examen, douleur un peu en dehors du point de Mac Burney. Rien au toucher rectal. Le diagnostic d'appendicite ne s'est pas imposé alors ; à un moment donné on a même songé à une péritonite à pneumocoques et on a fait une ponction exploratrice.

La température pendant le séjour en médecine a été la suivante :

15 *février*	matin,	38°8	soir,	39°
16	—	—	38°	—	38°2
17	—	—	37°6	—	38°
18	—	—	38°6	—	38°5
19	—	—	38°	—	39°2
20	—	—	39°	—	39°2

Le malade a eu une selle peu abondante le 19. A son arrivée le 21 février, dans le pavillon Verneuil, la température est de 38°4, le pouls de 104.

L'état général est bon, la langue pas trop sèche.

Il y a une hyperesthésie très marquée de la paroi et cependant il n'y a pas de défense de celle-ci. On trouve de la matité dans la fosse iliaque droite et celle-ci est remplie par un empâtement assez considérable.

Il y a là manifestement un abcès et de plus, la paroi est infectée à la suite de la ponction exploratrice faite en médecine.

Opération. — *Le* 21 *février* par M. Rieffel.

Issue de pus épais et fétide dès l'ouverture de la paroi ; l'appendice est logé également dans du pus, mais qui se tient dans une cavité bien limitée et bien protégée par des adhérences.

Extirpation de l'appendice. Drainage.

L'appendice est long, sain dans la plus grande partie, seule son extrémité est grosse; à la coupe, abcès de la paroi.

Les jours suivants. — Chute progressive et continue de la température et du pouls. Suites habituelles.

L'enfant sort guéri le 1er avril.

Observation XVII (*Résumée*).

M... Étienne, 9 ans 1/2. Entre le 26 février 1906 à l'hôpital Trousseau. Début avant hier par des douleurs abdominales et des vomissements; selles à la suite d'une purgation ordonnée par le médecin.

Le facies est pincé, la langue un peu sèche, température 38°4, pouls : 108.

Léger ballonnement du ventre, douleur légère à gauche, marquée à droite; du même côté résistance musculaire. Pas de matité.

État général grave.

Opération. — Dès l'ouverture et près du cæcum qui se présente, issue de pus mal lié blanchâtre.

L'appendice est long, absolument rectiligne, il est dirigé obliquement en bas et en dedans vers le petit bassin où des adhérences très faibles fixent sa pointe, un peu en dessous du détroit supérieur; sur le reste de son étendue, il est absolument libre; en l'extirpant, on entraîne du côté de son extrémité libre, un petit demi-verre de liquide verdâtre fétide.

Drainage, pansement, sérum.

L'appendice enlevé est examiné; sur la plus grande partie de son étendue, il est assez grêle; au contraire, son extrémité périphérique est grosse, enflée en massue; au même niveau elle est gangrénée, contient un calcul stercoral et présente une perforation, immédiatement au-dessus.

Le lendemain 27 *février.* — Le malade n'a pas bon aspect, température : 39°4, pouls : 140.

Pansement, sérum, caféine.

A la contre-visite, il va beaucoup mieux, quoique le pouls soit à 130; température : 38°4.

28 *février.* — Le pouls est encore rapide, mais moins : 120; température du matin et du soir 38° 2 et 38°4 ; mais la situation s'améliore.

Les jours suivants. — Avec un léger crochet à 38°1 le 2 février au soir, la température descend constamment pour atteindre 37° le 6 février et s'y maintenir jusqu'à la sortie du malade, le 12 avril.

Le pouls a suivi une marche parallèle, sauf le troisième jour de l'opération où, après avoir été le matin à 100, il est monté à 116 le soir.

Sort guéri le 12 avril.

Observation XVIII

L... Marcel 11 ans. Entré le 2 mars 1906, pavillon Verneuil.

Pas de maladie antérieure, parents bien portants, deux frères morts de méningite ; trois autres bien portants.

Début de la maladie actuelle, le 19 février au matin, c'est-à-dire il y a treize jours, par des vomissements bilieux ; on le soigne par des cataplasmes et des applications de pommade de belladone ; on lui administre également de l'huile de ricin, bouillon et lait.

Les phénomènes s'étant calmés, il s'est remis à manger quand une nouvelle crise éclate hier à 6 heures ; les douleurs persistent très violentes jusqu'à minuit. Selle hier peu abondante. Le malade rend des gaz.

Actuellement. — Pouls: 130, température; 38°4. La langue est humide, mais le facies est anxieux ; la douleur est localisée à droite, le météorisme est léger, il y a de la matité sur une large étendue de la fosse iliaque droite et une forte résistance de la paroi.

Opération. — Le même jour. On tombe sur des adhérences solides ; puis sur du pus assez bien lié mais fétide; la cavité qui le contient est assez bien limitée. On laisse l'appendicite en place car on ne le trouve pas.

Les jours suivants. — Chute en trois jours de la température et du pouls, relèvement de l'état général.

Suites habituelles : sort guéri le 31 mars 1906, après s'être levé le 28.

Observation XIX

F... Lucienne, 8 ans. Entre dans la nuit de 3 au 4 mars.

Rougeole à 2 ans.

Depuis avant-hier, l'enfant se plaint du ventre. A vomi quinze fois hier, trois fois aujourd'hui ; ce sont des vomissements por-

racés ; on lui donne du lait glacé et on lui applique sur l'abdomen des cataplasmes laudanisés. Elle présente tous les signes locaux d'une péritonite purulente généralisée.

Elle est opérée d'urgence ; on trouve, en effet, une péritonite purulente généralisée, mais l'appendice est sain.

Mort six heures après.

Autopsie. — Rien à signaler du côté des viscères. Le cæcum et la terminaison de l'intestin grêle ne présentent rien ni extérieurement ni à l'ouverture, mais on trouve une perforation sur la partie moyenne de l'intestin grêle, sur l'origine de laquelle il est impossible de se prononcer mais qui, en tout cas, n'est pas due à un traumatisme maladroit.

Observation XX

C..., Georgette 8 ans. Entre à l'hôpital Trousseau, pavillon Verneuil, service du Dr Rieffel le 23 février 1906.

Antécédents. — Née de parents bien portants, l'enfant a eu une bronchite à 6 ans ; il y a quatre mois, a eu la rougeole, depuis ce moment elle tousse. Constipation habituelle.

Histoire de la maladie. — Avant hier, c'est-à-dire le 21 février, l'enfant a commencé à se plaindre du ventre ; hier 22, les douleurs ont été plus vives, ce matin l'enfant a vomi une fois.

Le médecin appelé ordonne de l'huile de ricin que l'enfant vomit, puis du calomel et des lavements d'eau bouillie ; à la suite quatre selles abondantes ; hier soir, l'enfant vomit son lait ; la température était à ce moment de 38° au dire de la famille.

La nuit d'hier a été très mauvaise, l'enfant a eu continuellement des crises douloureuses, mais n'a plus eu de vomissements.

Les parents amènent leur fille dans la journée du 23 et à la contre-visite on constate l'état suivant :

État de la malade a son entrée. — La petite malade est pâle et amaigrie, le facies est fatigué mais non grippé. La langue est un peu sèche, la température est de 38° ; le pouls régulier assez

fort bat à 120° mais il est difficile de tenir compte de cette accélération du pouls : l'enfant est très émotive et vient de subir les fatigues du transport. Dans l'ensemble, l'état général ne donne pas une impression trop défavorable.

L'inspection du ventre montre un léger ballonnement surtout à droite. A gauche, ventre souple et non douloureux à la palpation ; à droite *peu de résistance musculaire* et douleurs peu vives dans la fosse iliaque. A la percussion, il semble qu'il y ait une légère matité dans le bas de la fosse, en tout cas, rien de bien net.

On examine également les autres organes et on trouve alors au poumon droit un peu de submatité dans le quart inférieur ; à l'auscultation, au même niveau, on entend un petit foyer de frottements râles.

En présence de ces phénomènes pulmonaires, de l'intégrité relative de l'état général, du peu d'intensité des phénomènes abdominaux, on réserve le diagnostic d'appendicite et on décide d'attendre.

Traitement : glace, diète.

24 *février* 1906. — On constate deux particularités nouvelles et contradictoires. D'une part, la dissociation complète du pouls et de la température. Température : 37°2, pouls 124 mais cependant régulier et assez bien frappé ; d'autre part *la souplesse et l'indolence absolues* de l'abdomen tant à gauche qu'à droite.

L'état général est moins bon, mais le facies n'est pas péritonéal ; le nez et les extrémités sont chaudes, la langue à peine sèche.

A l'auscultation du poumon droit, toujours les mêmes symptômes.

On pratique le toucher rectal qui ne révèle rien de particulier. L'état du ventre fait écarter toute idée d'intervention immédiate ; on continue la surveillance avec la glace et la diète.

Le soir. — Même état, température : 37°5 pouls 120.

25 *février.* — Matin, température 37°5, pouls 109.

Même souplesse de l'abdomen, le facies est devenu légère-

ment péritonéal, mais toujours rien de bien tranché dans le sens d'une appendicite aiguë.

Soir, température : 37°2.

Les jours suivants. — La marche du pouls et de la température a été la suivante :

26 *février*. —	Matin,	température. . . .	37°3
		pouls.	96
	Soir,	temp.	37°5
		pouls.	100
27 *février*. —	Matin,	temp.	37°2
		pouls.	80
	Soir,	temp.	37°4
28 *février*. —	Matin,	temp.	37
		pouls.	86
	Soir,	temp.	37°6
		pouls.	96
1er *mars*. —	Matin,	temp.	37°2
		pouls.	92
	Soir,	temp.	37
		pouls.	90

Pendant le même temps, les signes pulmonaires après avoir persisté deux jours disparaissent presque complètement.

Le facies est légèrement péritonéal et devient plus sereux, le ventre est tantôt souple, tantôt présente une résistance toujours minime de la paroi. La langue est humide ou très peu sèche.

Depuis son entrée à l'hôpital la malade n'a pas eu de vomissements. Elle rend des gaz et a, les premiers jours, des selles diarrhéiques.

Donc, dans le tableau présenté jusqu'à ce jour par la malade, il n'y a rien qui permette d'affirmer l'appendicite, bien au contraire, le diagnostic semble plutôt s'orienter du côté de la tuberculose péritonéale à forme aiguë.

2 mars. — La température du matin est de 36°6, celle du soir

de 37°4. Le pouls est monté brusquement à 120. L'état général s'est aggravé, l'abdomen légèrement résistant le matin, est souple le soir.

Au toucher rectal, il semble que l'on sente à bout de doigt un peu d'empâtement, mais en somme rien de précis.

3 *mars*. — Température : 36°8, soir, 37°3, le pouls oscille autour de 100.

L'état général est devenu très sérieux, du côté de l'abdomen, toujours de la souplesse.

4 *mars*. — Pouls : 116, température : 37°6. L'enfant est au plus mal, la palpation de l'abdomen ne donne toujours aucun renseignement, mais cette fois on sent nettement au toucher rectal une masse assez volumineuse qu'on délimite d'ailleurs assez mal.

On opère l'enfant immédiatement ; on trouve un processus pelvien avec pus extrêmement fétide. L'appendice est gros, perforé, sphacélé ; il plonge dans le pelvis.

Ablation, drainage, sérum, caféine.

Le soir, température : 37°8 ; pouls : 130.

L'enfant meurt dans la nuit.

Observation XXI

G... Max, 14 ans 1/2. Malade depuis le samedi 10 mars 1906 ; entré à l'hôpital le 15 à midi.

Dans les antécédents du malade, il n'y a à relever que des bronchites continuelles, paraît-il, depuis l'âge de 5 ans.

N'a jamais eu de crises d'appendicite auparavant.

La maladie actuelle a débuté le 10 mars par des douleurs qui sont devenues beaucoup plus violentes le 13 mars dans la soirée. On appelle alors le médecin qui met l'enfant à la diète et fait appliquer de la glace. Dans la soirée du même jour, apparaissent les vomissements jaunâtres, très abondants, qui ont continué jusqu'à aujourd'hui ; l'enfant a eu des lavements tous

les jours, quoique ses selles aient été plutôt diarrhéiques.

Examen a l'entrée. — Le visage est cyanosé, à tel point que l'on a tout d'abord l'impression d'une affection pulmonaire ou cardiaque; à l'auscultation on ne trouve que des sommets douteux, mais rien dans l'appareil cardio-pulmonaire qui puisse expliquer la cyanose.

La langue est rôtie, les yeux cernés, le front est couvert de sueurs. Localement, la douleur n'est pas très vive, mais elle est généralisée à tout l'abdomen, plus marquée cependant à droite et en bas. Le ventre est peu résistant à droite ; il n'y a pas de ballonnement.

Température : 39° ; le pouls bat à 108, il est très faible et irrégulier.

En résumé, l'état de l'enfant ne permet pas de penser qu'il soit capable de supporter l'opération.

On le remonte avec du sérum, de l'huile camphrée, de la caféine ; on fait appliquer des ventouses sur le thorax, et de la glace sur l'abdomen.

Le soir, à la contre-visite, l'état du malade est toujours mauvais sans être toutefois comparable à celui du matin. On décide de pratiquer de suite l'intervention. Température : 39°6.

Opération. — On trouve un peu de pus partout, mais différent suivant la région : louche à la partie moyenne de la fosse iliaque droite, bouillon sale en dedans ; pus plus franc du côté du petit bassin, en libérant l'appendice.

Celui-ci est dirigé directement oblique en dehors, dépassant le détroit supérieur, et plongeant dans le petit bassin ; il est à peine adhérent contre la paroi latérale du détroit et la partie supérieure du petit bassin où il se fixe.

Ablation, drainage, pansement, sérum.

L'appendice est court, volumineux, sphacélé dans toute sa partie moyenne et latéralement dans sa partie supérieure ; il contient deux concrétions.

Le *lendemain matin 16 mars*. — L'enfant va beaucoup mieux ; température : 38°6, pouls : 116, pansement sec.

Dès le soir, l'état s'aggrave, le facies se pince ; température 39°4; le malade est un peu apathique et accuse une sensation de bien-être de mauvais augure, car elle est en désaccord avec l'état réel. Sérum.

17 *mars.* — État général mauvais, langue sèche. Ventre légèrement ballonné; pouls: 120°; température: le matin, 38°2; le soir, 38°4.

Le malade meurt dans la matinée du 18 mars. Il est à noter que pendant son séjour à l'hôpital, l'enfant a présenté de la diarrhée profuse.

Observation XXII

D... Jean, 14 ans. Entré le 17 mars 1906, service de M. Rieffel.

L'enfant a toujours été constipé ; il se plaint souvent du côté droit, mais n'a jamais eu jusqu'à présent de véritables crises.

Le 1er mars, dans la nuit, il est réveillé par nne douleur vive dans le côté droit du ventre. A la suite, vomissements alimentaires, constipation, puis les douleurs se calment.

Mardi, nouvelle crise. Les vomissements reprennent il y a deux jours, d'abord alimentaires, puis bilieux. Constipation opiniâtre; on lui donne de l'huile de ricin, qu'il rend d'ailleurs.

A l'entrée. — Température: 37°06, pouls: 136°. La langue est sale et sèche. Le facies est plombé. A l'examen pas d'hyperesthésie de la paroi; la défense musculaire est peu prononcée. On trouve de l'empâtement dans la fosse iliaque droite. A la pression, la douleur est localisée et atteint son maximum d'intensité, à 2 centimètres environ au-dessus de la branche horizontale du pubis, à 5 centimètres environ de la ligne médiane.

Un peu de matité dans la fosse iliaque droite.

Opéré. — Le jour même.

Au niveau de l'incision, l'intestin adhère au péritoine; en le réduisant, malgré toutes les précautions, il se déchire; suture immédiate de l'intestin.

On tombe sur une péritonite à foyers multiples. L'appendice n'apparaît pas; on le laisse donc en place sans le chercher plus longtemps.

Drainage, pansement.

Les jours suivants. — Immédiatement après l'opération, sédation des phénomènes généraux. Après une légère ascension thermique, 38°2 (le pouls était en même temps monté à 130, mais on n'a pas tenu compte de ce fait, l'enfant étant très émotif, et le pansement étant fait pendant cette opération) la température et le pouls descendent pour atteindre 37° le sixième jour et s'y maintenir. Le neuvième jour, fistule stercorale qui persiste encore actuellement.

Par ailleurs l'enfant va bien.

Observation XXIII

B.., Lucie, 8 ans 1/2. Entrée au pavillon Verneuil le 21 mars 1906 dans la soirée.

Antécédents. — Père en traitement d'une tumeur blanche du genou. L'enfant est née avant terme, a eu à 2 ans la coqueluche, à 3 ans le croup pour lequel elle a été tubée, à 7 ans la rougeole.

Depuis trois jours, l'enfant a des pertes vertes; se plaint de tout le ventre et a eu deux fois des vomissements alimentaires. A eu quatre selles aujourd'hui avant d'arriver à l'hôpital.

A son entrée. — Température : 39°5, l'enfant est visitée par l'interne de garde qui juge l'état général très sérieux, mais ne pense pas qu'il faille opérer immédiatement. Il fait faire 300 gr. de sérum.

Le 22 mars 1906. — La température est tombée à 38°, le pouls est à 100, bon et régulier. Le facies est fatigué, la langue sale, mais humide, les yeux cernés. En résumé, état général peu satisfaisant.

Localement, il y a une vulvite légère, un ballonnement modéré.

L'idée de péritonite à point de départ vulvaire qui vient auss tôt, est cependant écartée à cause de la souplesse à peu près complète de la fosse iliaque gauche; à droite, il y a de la résistance marquée, bien que cependant pas invincible; un peu de matité du même côté.

La douleur est diffuse dans toute la fosse iliaque.

D'après les renseignements donnés par le personnel, l'amélioration est évidente depuis l'arrivée de l'enfant à l'hôpital ; malgré l'état général sérieux; ce fait, joint aux symptômes locaux, à la chute de la température et du pouls, fait écarter l'idée d'une opération.

Les jours suivants. — La température tombe rapidement et atteint 37° le soir du quatrième jour pour s'y maintenir. Les phénomènes locaux restent stationnaires, mais on est cependant très inquiet car, en même temps que la température descend, le pouls atteint 110 pulsations le soir du quatrième jour et le lendemain matin. L'état général est mauvais et des vomissements apparaissent nombreux ; pendant plusieurs jours on fait des lavages d'estomac et des injections de sérum.

A partir du neuvième jour, amélioration rapide.

Sortie le 14 avril. — Rentrée le 14 mai pour être opérée à froid. Nous n'avons pas encore de renseignements sur l'opération. L'enfant va bien mais fait de la bacillose pulmonaire.

Observation XXIV

M..., Rose, 7 ans. Entrée à l'hôpital Trousseau, pavillon Verneuil le 30 mars 1906.

Antécédents héréditaires. — La mère a eu deux fausses couches, un enfant mort-né, et un autre enfant âgé actuellement de 3 ans et demi.

Antécédents personnels. — Scarlatine à 2 ans. Brochite à 3 ans. Coqueluche à 3 ans 1/2. Rougeole à 5 ans, varicelle la même

année. Constipation habituelle. L'enfant a déjà eu trois crises d'appendicite.

Première crise. — Mars 1905. — Douleur, vomissements alimentaires. Au bout de huit jours, l'enfant retourne à l'école.

Deuxième crise. — Septembre 1905.

Troisième crise. — Février 1906.

La crise actuelle a débuté le vendredi 23 mars, par des douleurs violentes du côté droit ; pas de vomissements à aucun moment. Depuis ce moment, constipation. On a donné de l'huile de ricin, puis fait appliquer de la glace sur le ventre.

État actuel. — La langue saburrale est humide, la température est de 38 et le pouls de 100.

Malgré ces trois bons éléments, l'état général apparaît comme très sérieux. Le nez est tiré, les yeux cernés, la figure fatiguée ; il y a un peu de subictère ; en somme, facies mauvais.

La douleur à l'exploration est très nette et vive à droite, plus ntense au-dessous du point de Mac Burney et dans le bas de la fosse iliaque. A gauche, l'exploration ne révèle pas de douleur proprement dite, mais provoque une légère sensibilité. Le ventre est souple, avec une résistance peu marquée à droite mais qui permet cependant de sentir un empâtement très net de la partie latérale et inférieure de la fosse, remontant en haut, un peu au-dessus d'une ligne qui joindrait l'épine iliaque à l'ombilic.

Étant données la localisation certaine de la péri-appendicite, la non-participation de la grande séreuse, les caractéristiques de la température et du pouls, malgré l'intensité des phénomènes généraux, M. Rieffel décide de ne pas opérer l'enfant immédiatement, tout en la surveillant de très près, et d'intervenir dès l'aggravation de l'état général, ou l'apparition d'un nouveau symptôme alarmant. Glace, diète absolue.

Le soir du même jour, même température, même état.

Du 31 mars au 8 avril. — La température descend très lentement, mais continuellement pour atteindre 37° le sixième jour; le pouls suit la même marche pour atteindre 108.

Malgré cela pendant toute cette période on a été continuellement inquiet au sujet de l'enfant ; les symptômes généraux avec quelques petites modifications tantôt en plus, tantôt en moins, se mantiennent à peu près semblables et à chaque instant la question de l'intervention se trouve posée, d'autant plus que deux ou trois fois, la douleur semblait s'étendre à gauche et l'état général s'aggraver.

A partir du 9 avril. — La température remonte à 37°5 pendant deux jours ; l'enfant n'est toujours pas allée à la garderobe, on lui donne des lavements suivis d'effet, puis la température descend progressivement à 36° (16 avril) et le même jour l'enfant rend dans ses selles un ascaris lombricoïde. A partir de ce moment la température revient à 37° (18 avril) et s'y maintient et soit hasard soit coïncidence l'état général qui, jusque-là, avait quoique meilleur, continuellement donné des inquiétudes, s'améliore rapidement.

La malade est opérée à froid le 1er mai : l'appendice est adhérent, et son extirpation amène un peu de pus.

L'enfant va bien actuellement.

Observation XXV (*résumée*).

R... Jeanne, 14 ans 1/2. Cette malade a d'abord été soignée en médecine, où nous avons pu nous procurer les renseignements suivants :

Enfant reçue le 31 mars, par l'interne de garde, qui hésite entre une dothiénentérie et une appendicite, mais pénétrant plutôt vers la première hypothèse, l'envoie en médecine pour être surveillée.

Le surlendemain, le diagnostic d'appendicite, et d'appendicite grave, est ferme ; on tente le refroidissement, malgré la gravité de la crise.

Le 3 avril. — L'état général s'aggravant continuellement, on passe la malade en chirurgie, où vu l'état de l'enfant, on constate sommairement, sans approfondir, les signes d'une péritonite aiguë généralisée et on l'opère séance tenante.

A l'intervention, on trouve une péritonite putride ; près d'un litre de bouillon sale.

L'appendice gangrené est sous-rénal; il y a un foyer purulent dans le pelvis.

Mort deux heures après.

Observation XXVI (*résumée*).

M..., Marie, 12 ans. Entre le 31 mars 1906.

Antécédents. — Varicelle à 3 ans. Rougeole à 5 ans.

Affection intestinale aiguë (?) il y a trois ans, pour laquelle on l'a mise au régime lacté et qui a cédé au bout de quinze jours.

Père bacillaire.

Début. — Il y a deux jours, le 29 mars, par une douleur vive dans la fosse iliaque droite, par des vomissements d'abord alimentaires, puis muqueux ; ces vomissements se répètent dix fois environ.

On administre à l'enfant un purgatif ; deux selles.

Le 30 mars. — Les vomissements se répètent trois fois, de même qu'aujourd'hui, jour de son entrée.

Actuellement. — On sent dans la fosse iliaque droite un empâtement profond, qu'on perçoit assez facilement, car il y a peu de défense musculaire. La douleur est bien localisée.

Contrastant avec ces phénomènes locaux, l'état général est assez grave. La figure de l'enfant est fatiguée, la langue n'est pas très humide. La température est à 38°8 ; le pouls est rapide, 110 pulsations, mais régulier.

On se trouve très embarrassé pour la conduite à tenir ; d'une part, l'état local donne une bonne impression, mais l'état général n'est pas satisfaisant ; néanmoins il n'a rien d'alarmant et on décide d'attendre.

Le lendemain, 1er avril. — Localement mêmes phénomènes ;

la fièvre est tombée; température : 38°, pouls : 104. Mais l'état général laisse toujours à désirer.

Il en est ainsi pendant les quelques jours qui suivent, quoique les symptômes soient allés en s'améliorant progressivement et que la température ait atteint 37° le quatrième jour, avec chute parallèle du pouls. Aussi au bout de quelques jours, quoique l'auscultation n'eût rien donné, on pense que la crise d'appendicite sans être spécifique, évolue sur un terrain tuberculeux. Quoi qu'il en soit, malgré la bénignité locale, l'absence de température, l'enfant a donné suffisamment d'inquiétude pour être mis à la diète la plus stricte pendant plusieurs jours encore.

L'enfant est passée à Guérin le 27 avril; on l'opère à froid le 9 mai. Nous ne savons pas encore ce que l'on a trouvé ; tout ce que nous pouvons dire c'est que l'enfant va bien actuellement.

Observation XXVII (*Résumée*)

S... Maurice, 12 ans. Enfant arrivé le 1er avril 1906 avec le diagnostic d'appendicite.

Peu de température, 37°4 ; pouls, 100. A l'examen, on constate un globe vésical volumineux ; on sonde le malade (pendant 36 heures environ on a été obligé de le sonder). L'enfant est très nerveux, très douillet; cependant après le cathétérisme on arrive plus nettement à déterminer ses points douloureux ; on trouve ainsi peu de sensibilité à droite, mais la sensibilité est beaucoup plus marquée à gauche ; ballonnement du ventre modéré.

Pas de garde-robes.

Jusqu'au 8 avril, la température oscille autour de 37°5, avec pouls autour de 96.

On met l'enfant en observation ; glace, diète. Vu l'amélioration et l'apyrexie, on pose, en absence de toute autre indication,

le diagnostic de péritonisme d'origine stercorale, à la rigueur peut-être une affection bacillaire.

Néanmoins, quoique l'enfant n'ait plus de rétention d'urine, il se plaint toujours de douleurs dans le bas-ventre, particulièrement quand le besoin d'uriner se fait sentir. A l'exploration, il est très difficile d'être fixé ; tantôt le malade se laisse palper avec la plus grande facilité, sans montrer grande souffrance ; tantôt, au contraire, la pression la plus légère lui arrache des cris. En somme, l'enfant étant très peureux, on ne sait quelle mesure il faut tenir compte de sa réaction à la douleur. Il est juste de dire cependant qu'interrogé, le malade répond très nettement qu'il souffre du côté de la fosse iliaque gauche, tandis qu'au début c'était à droite qu'il avait mal.

Les garde-robes sont toujours rares et difficiles.

Le 8 *avril* 1906. — L'enfant accuse des douleurs très violentes dans la fosse iliaque gauche ; il est impossible de l'examiner, vu sa pusillanimité. Pas de température.

Le 9 *avril* 1906. — Mêmes douleurs spontanées ; avec peine on arrive à palper le malade ; on constate un empâtement très net de la fosse iliaque gauche, puis à droite.

Le 10 *avril* 1906. — Température : 37° ; pouls : 80.

L'empâtement a encore augmenté ; mais s'est un peu ramolli.

Opération par M. Boudet. — On tombe sur une assez grande quantité de pus bien lié, mais fétide, avec des adhérences nombreuses.

Drainage. Pansement. Sort guéri le 24 mai.

Observation XXVIII

P... Maria, 13 ans.

Rien dans les antécédents, sauf une rougeole à 3 ans ; l'enfant a été élevé au biberon.

Pas de crise d'appendicite antérieure.

La crise actuelle a débuté avant hier 10 avril 1906 par de

violentes coliques et des douleurs dans la fosse iliaque droite. Les vomissements apparaissent alimentaires, puis bilieux ; ils se répètent dans la nuit et durent jusqu'au lendemain.

Le médecin appelé envoie l'enfant à l'hôpital où elle arrive dans la nuit du 11 avril.

12 *avril*. — Le matin l'enfant a 108 de pouls, 38° de température. Le facies est pincé et les lèvres légèrement cyanosées. La langue est sèche. L'état général apparaît comme très sérieux.

Localement, on constate peu de ballonnement ; les douleurs à la pression, très vives à droite, s'étendent également plus modérées à gauche.

L'opération est pratiquée le matin même.

On trouve du pus en petite quantité, libre d'ailleurs dans l'abdomen, car il y a très peu d'adhérences et très faibles ; le côlon ascendant, le cæcum et l'intestin grêle sont congestionnés ; l'appendice est rétro-cæcal, vaguement agglutiné au cæcum ; par-dessus le tout l'épiploon s'avance, mais n'adhère à rien ; entre lui est l intestin se trouve un peu de pus épais.

L'appendice est ulcéré ; il est sphacélé sur sa partie moyenne perforé immédiatement au-dessus de la zone gangrenée; cette perforation répond au pôle supérieur d'un calcul stercoral très ovoïde.

Dans la première semaine qui suit l'opération, la température se maintient entre 35°5 et 37°8, avec maximum le soir ; le pouls se maintient autour de 84 ; pendant les deux premiers jours, l'enfant n'a pas l'air de se rétablir d'une façon franche; mais tout va bien à partir du troisième jour.

Du 22 au 25. — L'enfant est en parfait état, la température est à 37°2.

Du 25 au 30. — L'etat général se maintient toujours très bon, mais la température monte doucement, mais régulièrement pour atteindre 38°6, le 20 au soir et le 30 au matin. En même temps, il y a de la douleur, le ventre se ballonne.

Il doit y avoir certainement rétention de pus.

On la réopère le 30 au matin. En effet, il y a une grosse col-

lection purulente au niveau de la première intervention ; en même temps, il y a un peu de pus dans la grande cavité; les anses ont mauvais aspect, et pour assurer un drainage plus certain, on fait une contre-ouverture à gauche.

Dès le soir, la température tombe à 37°4, et la dernière fois que nous avons vu l'enfant, 6 juin, elle allait bien et était prête à sortir incessamment.

CONCLUSIONS

I. — L'appendicite est une maladie qui affectionne particulièrement l'enfance. Cependant elle est rare chez le nourrisson ; nous en avons cependant pu rapporter un cas inédit.

Les antécédents des malades sont toujours très chargés ; mais les maladies infectieuses semblent surtout, pour la produire, agir à distance en diminuant la résistance de l'organisme en général et en troublant, en particulier, le fonctionnement du tube digestif.

Il ne paraît pas y avoir de maladies prédisposant parculièrement à l'appendicite.

II. — Les facteurs de gravité doivent être recherchés dans le mauvais état du terrain sur lequel va évoluer l'appendicite, dans une influence saisonnière difficilement explicable, dans l'état antérieur de l'appendice.

En second lieu, une crise primitivement bénigne devient très souvent maligne.

Ainsi comprises, les formes graves comprennent plus de 50 0/0 des cas d'appendicite chez l'enfant.

III. — Il n'y a point de rapport constant entre la lésion anatomique et son expression clinique. Cependant, en thèse générale, les formes graves sont le plus souvent liées à des lésions destructives de l'appendice ; mais la réciproque n'est pas vraie (bénignité traîtresse)

IV. — Les lésions destructives de l'appendice sont la perforation et la gangrène ; mais chez l'enfant, la gangrène est de beaucoup plus fréquente.

Ces lésions destructives portent généralement sur la portion périphérique de l'appendice ou y prédominent.

V. — Il y a autant d'appendicites que de malades ; la division en formes est toujours artificielle et ne peut prétendre à englober tous les faits. Pratiquement, tant au point de vue clinique que surtout au point de vue thérapeutique, il faut distinguer des appendicites non toxiques ou peu toxiques et des appendicites hypertoxiques.

VI. — L'étude des facteurs qui créent l'hypertoxicité est de toute importance, ainsi que leur expression clinique.

La toxi-infection se voit dans la plupart des formes généralisées, elle se voit souvent, soit primitivement, soit secondairement, dans les formes localisées. Elle se traduit par des altérations des différents appareils, surtout le système nerveux, le foie et le rein.

A son étude clinique, doit se joindre, pour fixer le diagnostic et les indications opératoires, celle des signes de généralisation.

VII. — Quelle que soit l'expression clinique, quel que soit l'état général, même grave, il faut toujours craindre

un appendice plus malade qu'il n'est en réalité et une recrudescence ou une aggravation encore plus marquée.

VIII. — Le siège de l'appendicite peut donner à l'expression clinique une allure particulière.

L'appendicite rétro-cæcale a plutôt tendance à se localiser au début, quitte à s'aggraver rapidement.

L'appendicite pelvienne est toujours excessivement grave, et d'autant plus grave que si on n'y songe pas on passera facilement à côté d'elle (nécessité du toucher rectal).

IX. — Le diagnostic chez l'enfant est à faire surtout avec :

L'occlusion intestinale.
Les péritonites aiguës d'autre origine.
La fièvre typhoïde.
Le point appendiculaire des affections pulmonaires.

X. — Les indications opératoires varient avec chaque auteur. Toute pratique a eu des succès dans des cas graves et des déboires les plus inattendus.

Personnellement nous pensons qu'il faut être éclectique avec tendance opératoire.

Vu : le Président de la thèse,
GUYON

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

Blais 9

BIBLIOGRAPHIE

Achard. — Infection du foie compliquant une appendicite. *Soc. médic. des Hôpitaux*, 16 avril 1894.

Aubertin et Ménétrier. — Foie gras appendiculaire chez un enfant. *Société anatomique*, 27 janv. 1905.

— Foie toxique appendiculaire, *Société anatom.*, 10 fév. 1905.

Barling. — *British medical Journal*, 1903.

Barnsby. — Appendicite et annexite. *Thèse de Paris*, 1898.

Barth. — Leucocytose énorme dans un cas d'appendicite bénigne. *Soc. médic. des Hôpit.*, 29 octob. 1903.

Batigne. — L'infection péritonéale. *Th. de Paris*, 1898.

Bayet. — Appendicite et typhoïde. *Th. de Paris*, 1901.

Beaussenat. — Appendicites expérimentales. *Société anatom.*, 5 fév. 1897.

— Appendicites expérimentales. Pathogénie de l'appendicite. *Th. de Paris*, 28 avril 1897.

Berthelin. — Complications hépatiques de l'appendicite. *Th. de Paris*, 1895.

Boivin. — Contribution à l'étude du foie appendiculaire. *Th. de Paris*, 1906.

Brionval. — L'infection péritonéale. *Th. de Paris*, 1900.

Broca. — L'appendicite. Paris, 1900.

— Leçons de clinique chirurgicale infantile 1re et 2e séries.

Broca. — *Tribune médicale*, 29 mai 1906.

— *Société de chirurgie*, 1899 et 1903.

— *Société de Pédiatrie*, 1904.

— *Bulletin médical*, 1901.

Brun. — *Presse médicale*, 1896, 1897, 1898.

— *Société de Chirurgie*, juillet 1895.

Brun et Veau. — Traité des maladies de l'enfance, tome V, page 420.

Cathelin. — Appendicite aiguë chez des tuberculeux enfants. *Pr. médicale*, 21 juin 1899, p. 297.

— Appendicite tuberculeuse avec abcès lombaire et fistule pyostercorale chez l'enfant. *Presse médicale*, 20 juillet 1898 et *Soc. anatomique*, 3 juin 1898.

Cathelin et Levesque. — Rupture d'un abcès appendiculaire chez l'enfant au cours du palper abdominal. Laparotomie. Guérison. *Echo médical du Nord*, 2 oct. 1898 et *Bul. médical*, 1er janv. 1899.

Celos. — Sur le diagnostic d'urgence chez l'adulte des maladies de l'abdomen qui se traduisent par le syndrome péritonéo-abdominal. *Th. de Paris*, 1902.

Charlot. — Hématémèses dans l'appendicite. *Th. de Paris*, 1899.

Chevalier. — De l'appendicite pelvienne. *Th. de Paris*, 1900.

Cornil. — Communication à l'Académie de médecine, 5 juin 1906.

— *Semaine médicale*, 1899.

Dieulafoy. — Foie appendiculaire. *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1898, tome II, p. 167.

— Toxicité de l'appendice. *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1898, tome II, p. 334.

— Communication de l'Académie de médecine, 1899.

— Appendicite toxique ; néphrite dégénérative. *Presse médicale*, juillet 1902, p. 651.

— Vomito-negro appendiculaire. *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1903, p. 194.

— Communication à l'Académie de médecine, 1906.

Dodeuil. — Tuberculose et appendicite. *Th. de Paris*, 1906.

Ferron. — Contribution à l'étude du Manuel opératoire de l'appendicite. *Th. de Paris*, 1900.

Fowler. — Toxicité de l'appendicite. *Médical Record*, 24 avril 1903.

Gaillard. — Traité de médecine (Brouardel-Gilbert), t. IV, 1897.

Gandy. — L'ulcère simple et la nécrose hémorragique des toxémies. *Th. de Paris*, 1899.

Gérard-Marchand. — *Société de chirurgie*, 1897.

Mlle Gordon. — De l'appendicite chez l'enfant. *Th. de Paris*, 1896.

Granfelt. — Des vomissements chez les enfants et de leurs relations avec l'appendicite. *Th. de Paris*, 1904.

Guinard. — Traité de chirurgie (Le Dentu et Delbet), tome VII, page 525.

— *Société de chirurgie*, 1902.

— Abcès du foie. *Pr. méd.* 29 juin 1904.

Houzé. — De l'intervention chirurgicale dans les péritonites aiguës diffuses d'origine spontanée. *Th. de Paris*, 1896.

Iselin. — Infection hépatique compliquant l'appendicite. *Soc. anatomique*, février 1897, p. 206.

Jaboulay. — *Lyon médical*, n° 88, 1898.

Jaboulay et Poncet. — *Revue de chirurgie*, 1892.

Jalagnier. — *Société de chirurgie* 1890 à 1700.

— Traité de chirurgie (Duplay et Reclus), tome VI, p. 604.

Jorand. — Appendicite perforante et abcès du foie. *Soc. anatomique*, p. 300, 1894.

Kirmisson. — Leçons cliniques. Précis de chirurgie infantile. Paris, 1906.

Legueu. — Appendicite pelvienne, 1892.

— Monographie de l'appendicite, 1897-99.

Lejars. — Sigmoïdite et périsigmoïdite. *Semaine médicale*, 27 janv. 1904.

Macaigne. — Société de chirurgie, 1895.

Magniez. — Contribution à l'étude du pronostic et du traitement de l'appendicite pelvienne. *Th. de Paris*, 1902.

Mahar. — Traitement de l'appendicite aiguë. *Th. de Paris*, 1904.

Ménétrier et Aubertin. — Stéatose hépatique aiguë dans l'appendicite. Ictère grave. *Soc. méd. des hôpitaux*, 5 nov. 1903.

Michaux. — Périsigmoïde. *Soc. de chir.*, mars-avril 1906.

Mirande. — Syndrome appendiculaire sans lésions de l'appendice dans les affections thoraciques. *Th. Paris*, 1900.

Nélaton. — *Société de chirurgie*, juillet 1895.

Nicod. — Appendicite rétro cæcale. *Th. de Paris*, 1904.

Perreaux. — Appendicite pelvienne infantile. *Th. de Bordeaux*, 1905.

Piqué et Macé. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, février-mars 1898.

Quénu. — *Bulletin de la Société de chirurgie*. Paris, 1892.

— *Société de chirurgie*, juillet-octobre 1895.

— Formes toxiques de l'appendicite. *Soc. de chirurg.*, 21 janv. 1903.

Ragaine. — Appendicite vermineuse. *Th. de Paris*, 1905.

Reclus. — Communication à l'Académie de médecine, 5 juin 1906.

Rénon. — De l'intoxication dans l'appendicite. *Bulletin médical*, 1808, p. 541.

Reynier. — *Société de chirurgie*, 1897.

Richelot. — Communication à l'Académie de médecine, 5 juin 1906.

Rocher. — L'appendicite pelvienne. *Arch. génér. de med.*, 1906, nos 9 et 10.

Rousseau. — La péritonite tuberculeuse simulant l'appendicite. *Th. Paris*, 1900-1901.

Routier. — Académie de médecine, 1890.

— *Société de chirurgie*, 1892-1902.

Roux (de Lauzanne). — Congrès de Moscou, 1897.

Saillant. — Sigmoïdites et périsigmoïdites. *Th. de Paris*, 1906.

Sems (de Chicago). — Congrès de Moscou, 1897.

Simon. — *Société de Pédiatrie*, 15 mars 1904.

Siron. — De l'intervention précoce dans les péritonites aiguës diffuses d'origine appendiculaire. *Th. de Paris*, 1898.

Solirène. — Les complications nerveuses des appendicites. *Th. de Paris*, 1906.

Sonnenburg. — Pérityphlite. Berlin, 1897.

Talamon. — La colique appendiculaire et les formes chirurgicales de l'appendicite. Paris, 1900.

— Appendicite et pérityphlite. Paris, 1892.

— *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, mars 1897.

Thibaut. — De l'épidémicité dans l'appendicite. *Th. de Paris* 1900.

Tuffier. — *Société de chirurgie*. Juillet-octob., 1895.

Vallée P. — Situation du cæcum et de l'appendice chez l'enfant. *Th. de Paris*, 1900.

Verchère. — Résultats éloignés des traitements de l'appendicite. *Soc. médico-chirurgicale* de Paris, 1902.

Vuillième. — Rupture des collections enkystées de l'abdomen au cours du palper abdominal. *Th. de Paris*, 1900.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

I. — **Introduction** 9

II. — **Étiologie** 13
A. — Étiologie générale de l'appendicite chez l'enfant 14
B. — Facteurs étiologiques de gravité 23

III. — **Anatomie pathologique** 28

A. — Lésions de l'appendice 28
B. — Lésions extra-appendiculaires 34
1° *Lésions péritonéo-intestinales.* 34
2° *Lésions à distance* 35

IV. — **Étude clinique** 36

A. — Étude de l'élément hypertoxicité 43
B. — Étude des symptômes de généralisation. . . . 53

V. — **Formes cliniques** 5

1er GROUPE. — Appendicites non hypertoxiques . . 6

A. — Appendicite avec péritonite enkystée péri-appendiculaire 62
B. — Appendicite avec péritonite purulente aiguë franche généralisée. 65

2e GROUPE. — Appendicites hypertoxiques. . . . 66
1° Appendicites hypertoxiques primitives. . . . 67
A. — *Appendicites avec péritonite septique diffuse*. 67
B. — *Appendicites avec péritonite purulente bâtarde généralisée* 69
2° Appendicites hypertoxiques secondaires . . . 69

VI. — **De quelques variétés suivant le siège.** . . 71

Appendicite rétro-cæcale 71
Appendicite à allure périsigmoïdienne 72
Appendicite pelvienne et iléo-pelvienne 73

VII. — **Diagnostic.** 79

Diagnostic différentiel. 80
Avec les péritonites aiguës d'autre origine. . . 80
Avec le point appendiculaire des pneumopathies. 82
Avec la fièvre typhoïde 86

VIII. — **Traitement.** 88

Observations 96
Conclusions 128
Bibliographie 130

Imprimerie des Facultés A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris